This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

W. Roth's Jahresbericht

über die

Leistungen und Fortschritte

auf dem

Gebiete des Militär-Sanitätswesens.

Herausgegeben

von der

Redaktion der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift.

XXVII. Jahrgang.

Bericht für das Jahr 1901.

Supplementband

zur

Deutschen militärärztlichen Zeitschrift.

Berlin 1902.
Ernst Siegfried Mittler und Sohn
Königliche Hofbuchhandlung
Kochstrasse 68—71.

ON MED.
FEB 28 1
LIBRARY

FEB 28 1919

Alle Rechte aus dem Gesetze vom 19. Juni 1901
sowie das Uebersetzungsrecht sind vorbehalten.

Vorwort.

Die im Vorwort zu dem Bericht über das Jahr 1900 aufgeführten und — soweit die Kenntniss der Redaktion reicht — allgemein als Verbesserungen anerkannten Neuerungen sind in dem nachstehenden Bericht über das Jahr 1901 beibehalten, irgend erhebliche grundsätzliche Aenderungen in der Stoffeintheilung und redaktionellen Behandlung diesmal nicht vorgenommen.

Der Bericht (mit Ausschluss vom Abschmitt III) umfasst 1221 Litteraturangaben (gegen 1241 im Vorjahr) und 602 Referate (550 im Vorjahr). Von den 619 Büchern und Aufsätzen, deren Titel ohne Beifügung eines Referates aufgenommen wurden, sind 269 in der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift theils im Original veröffentlicht (109), theils besprochen (160).

Ueber das Sanitätswesen der Königlich Italienischen Armee hat der maggiore medico del ispettorato di sanità militare Dr. Giuseppe Grieco in Rom, über das der Königlich Griechischen Armee der zur Zeit nach Berlin kommandirte Königlich Griechische Assistenzarzt Dr. Mermingas die bezüglichen Mittheilungen freundlich zur Verfügung gestellt, wofür beiden Herren an dieser Stelle der besondere Dank der Redaktion ausgesprochen sei.

Ausser den eben Genannten haben sich an den Arbeiten für den Bericht, zum Theil in altbewährter Weise, zu anderem Theil als neu gewonnene Kräfte in gleichfalls dankenswerthester Weise betheiligt die Herren:

Oberstabsarzt Dr. Kirchenberger
Regimentsarzt, kommandirt zum Reichs-Kriegsministerium, Dr. Joh. Steiner } vom k. und k. Oesterreichischen militärärztlichen Offizierkorps.

Marine-Generaloberarzt Dr. König vom Sanitätsoffizierkorps der Kaiserlich Deutschen Marine.

Generalarzt a. D. Dr. Lühe.

Generaloberarzt Dr. Stechow Oberstabsarzt Prof. Dr. A. Koehler „ Dr. Sommer „ „ Steinhausen „ „ Paalzow „ „ A. Roth „ „ Wassmund „ „ Widenmann Stabsarzt Dr. Blau „ „ Schurig „ „ Schwiening Oberarzt „ Hintze „ „ Kemp	vom Königlich Preussischen Sanitätsoffizierkorps.

Um geneigte Zusendung von Werken, Sonderabdrücken oder Hinweisen auf neu erschienene, das Militär-Sanitätswesen des In- und Auslandes betreffende Arbeiten (mit Angabe des Verfassers, des Titels und des Ortes der Veröffentlichung) werden im Interesse der Sache alle Freunde des Jahresberichtes wiederum gebeten.

Berlin, im Dezember 1902.

Dr. Krocker,
Generaloberarzt.

Inhaltsverzeichniss.

Seite

I. Geschichtliches 1
II. Organisation 3
1. Deutschland 3
2. Oesterreich-Ungarn 5
3. Italien 8
4. Frankreich 9
5. Russland 11
6. England 15
7. Schweiz 18
8. Niederlande 21
9. Belgien 22
10. Schweden und Norwegen S. 23 und Nachtrag auf S. . . . 179, 180
11. Türkei 23
12. Griechenland 24
13. Vereinigte Staaten 25
14. Mexiko 26
15. Japan 26
16. Bulgarien (Nachtrag) 179
17. Dänemark (Nachtrag) 179
III. Wissenschaftliche Thätigkeit in militärärztlichen Vereinigungen. Preisfragen 27
IV. Gesundheitspflege 32
A. Allgemeines 32
B. Spezielles 33
1. Luft und Klima 33
2. Boden und Wasser 34
3. Unterkunft 36
4. Ernährung 38
5. Bekleidung 41
6. Uebungen. — Gymnastik. — Körperpflege 42
7. Abfallstoffe. — Desinfektion 44
8. Verhütung von Krankheiten 46
V. Dienstunbrauchbarkeit und deren Feststellung. Beurtheilung von Unfallfolgen 50
VI. Armeekrankheiten 55
A. Allgemeines 55
1. Handbücher, Jahrbücher, Gerichtliche Medizin 55
2. Untersuchungsmethoden. Diagnostik und Therapie 56
3. Verschiedenes 57
B. Innere Krankheiten 58
1. Pest 58
2. Typhus 60
3. Tuberkulose 62
4. Diphtherie 63
5. Malaria 63
6. Andere Infektionskrankheiten 64

Seite

7. Nerven- und Geisteskrankheiten 68
a. Allgemeines 68
b. Gehirn und Rückenmark 69
c. Peripheres Nervensystem 71
d. Neurosen 72
e. Behandlung. Elektrodiagnostik 74
f. Geisteskrankheiten 75
8. Krankheiten der Luftwege (ausschl. Tuberkulose) 77
9. Herz- und Gefässkrankheiten 78
10. Krankheiten der Unterleibsorgane 78
11. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. — Syphilis und Hautkrankheiten 79
12. Andere innere Krankheiten 82
C. Chirurgische Krankheiten 83
1. Allgemeines 83
2. Wundbehandlung 84
3. Wundkrankheiten 87
4. Allgemeine und örtliche Betäubung 88
5. Kopf, Hals und Wirbelsäule 92
a. Kopf 92
b. Wirbelsäule und Hals 95
6. Brust 99
Fremdkörper in den Luftwegen 101
7 Unterleib 103
8. Gliedmaassen 109
9. Verwundungen durch Schuss- und blanke Waffen 114
D. Augenheilkunde 117
1. Augenfunktionen, deren Prüfung u. s. w. 117
2. Behandlung 117
3. Operationen 118
4. Trachom und Verwandtes 118
5. Sonstiges 121
E. Ohrenheilkunde 122
1. Allgemeines 122
2. Spezielles 123

VII. Militär-Krankenpflege 125
A. Allgemeines 125
B. Spezielles 130
1. Taktischer Sanitätsdienst 130
2. Erste Hülfe 131
3. Unterkunft 132
4. Krankentransport 135
5. Freiwillige Krankenpflege 137

VIII. Gesundheitsberichte 141
A. Friedensberichte 141
B. Ostasiatische Expedition 150
C. Südafrikanischer Krieg 153
D. Verschiedene Kriege 166

IX. Marine-Sanitätsdienst. Koloniales und Tropenkrankheiten . 168
A. Marine-Sanitätswesen 168
B. Koloniales und Tropenkrankheiten 170

X. Biographisches 177

XI. Verschiedenes 178

Nachtrag zu Abschnitt II (Organisation) 179

Verzeichniss der vorkommenden Abkürzungen.

A. f. A. = Archiv für Augenheilkunde.
A. f. H. = Archiv für Hygiene.
A. f. L. = Archiv für Lichttherapie.
A. f. O. = Archiv für Ohrenheilkunde.
A. f. Ps. = Archiv für Psychiatrie.
A. kl. Ch. = Archiv für klinische Chirurgie.
A. K. G. = Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte.
A. k. M. = Archiv für klinische Medizin.
A. m. B. = Archives médicales Belges.
A. M. et Ph. m. = Archives de médecine et de pharmacie milit.
A. m. n. = Archives de médecine navale.
An. m. n. = Annali di medicina navale.
A. Sch. M. Z. = Allgemeine Schweizer Militär-Zeitung.
A. S. u. T. H. = Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene.
A. S. Z. = Aerztliche Sachverständigen-Zeitung.
Atto = Verordnung, Bestimmung.
A. V. Bl. = Armee-Verordnungs-Blatt.
A. W. m. Z. = Allgemeine Wiener medizinische Zeitung.
A. Z. = Armee-Zeitung.

B. kl. Ch. = Beiträge zur klinischen Chirurgie.
B. kl. W. = Berliner klinische Wochenschrift.
B. m. J. = British medical Journal.

Char. An. = Charité-Annalen.
C. a. G. = Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege.
C. Ch. = Centralblatt für Chirurgie.
C. A. = Centralblatt für Augenheilkunde.
C. Schw. Ae. = Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte (Basel).

Danz. A. Z. = Danzer's Armee-Zeitung.
D. A. Z. = Deutsche Aerzte-Zeitung
D. K. = Deutsches Kolonialblatt.
D. m. W. = Deutsche medizinische Wochenschrift.
D. m. Z. = Deutsche militärärztliche Zeitschrift.
D. m. Z., A. B. = Dieselbe, Amtliches Beiblatt.
D. P. = Deutsche Praxis.
D. V. ö. G. = Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege.
D. Z. Ch. = Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
D. Z. N. = Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

Giorn. Mil. Uff. = Giornale Militare Ufficiale (Offizielle Militärzeitung).

G. J. = Gesundheits-Ingenieur.
G. m. = Giornale medico del regio esercito.

H. R. = Hygienische Rundschau.

J. = Janus (Archiv für medizinische Geschichte und Geographie).
J. E. D. Sch. = Jahresbericht über die Entwickelung der deutschen Schutzgebiete (Beilage zu D. K.).
J. m. B. = Journal medical de Bruxelles.
J. Ch. et S. B. Ch. = Journal de Chirurgie et Annales de Société Belge de Chirurgie.

Kl. J. = Kleines Journal.
Kl. ther. W. = Klinisch-therapeutische Wochenschrift.
Kr. Pfl. = Die Krankenpflege.

v. L. J. = von Löbells Jahresbericht.
L. = The Lancet.

M. A. = Der Militärarzt.
M. A. u. G. W. = Mittheilungen aus dem Gebiete des Artillerie- und Geniewesens (Wien).
Mltl. = Militärlägen (Kopenhagen).
M. f. A. = Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
M. f. O. = Monatsschrift für Ohrenheilkunde.
M. f. U. = Monatsschrift für Unfallkunde.
M. G. T. = Militär-Geneeskundig Tydskrift.
M. m. W. = Münchener medizinische Wochenschrift.
M. R. = Marine-Rundschau.
M. r. = Medical Record.
M. W. Bl. = Militär-Wochenblatt.
M. Z. = Militär-Zeitung (Wien).

N. C. B. = Neurologisches Centralblatt.
N. T. M. = Norsk Tidskrift for Militaermedizin.
N. V. = Normal-Verordnungsblatt für das k. k. Heer und die k. k. Landwehr.
N. Y. m. J. = New-York medical Journal.
N. Y. m. M. = New-Yorker medizinische Monatsschrift.

O. K. = Ophthalmologische Klinik.
O. m. w. V. = Organ der militär-wissenschaftlichen Vereine.

Ph. m. J. = Philadelphia medical Journal.
P. m. W. = St. Petersburger medizinische Wochenschrift.
Pr. m. W. = Prager medizinische Wochenschrift.

R. mil. s. = Revue militaire suisse (Lausanne).

Sch. M. f. O. a. W. = Schweizerische Monatsschrift für Offiziere aller Waffen (Frauenfeld).
St. ö. m. Z. = Streffleurs österreichische militärische Zeitschrift.

T. M. H. = Tidskrift i Militaer-Helsovård (Stockholm).

V. = Die Vedette.
V. g. M. = Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen.
V. K. Ch. = Verhandlungen des Kongresses für Chirurgie.

V. K. G. = Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes.
V. K. I. = Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin.
V. 25. V. D. V. G. = Verhandlungen der 25. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

W. A. = Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiete der praktischen Medizin.
W. B. D. K. = Wissenschaftliche Beihefte zum Deutschen Kolonialblatt.
W. f. T. u. H. d. A. = Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.
W. kl. W. = Wiener klinische Wochenschrift.
W. m. J. = Wojenno medizinski Journal.
W. m. Pr. = Wiener medizinische Presse.
W. m. W. = Wiener medizinische Wochenschrift.

Z. f. A. = Zeitschrift für Augenheilkunde.
Z. f. D. u. ph. Th. = Zeitschrift für Diätetik und physikalische Therapie.
Z. f. Kr. = Zeitschrift für Krankenpflege.
Z. f. O. = Zeitschrift für Ohrenheilkunde.
Z. H. u. I. = Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten.
Z. k. M. = Zeitschrift für klinische Medizin.
Z. T. u. H. = Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen.

Alphabetisches Autorenverzeichniss.

Abel 32.
Abelsdorff 179.
Adler 68.
Aglinzeff 89.
de Ahna 95.
Albers-Schönberg 56.
Alexander 124.
Antonelli 60.
Arneth 72.
Aronheim 51.
Astegiano 8.
Aufrecht 47.
d'Azevedo (s. Sodré) 65.

Babes 65.
Baedecker 74.
Baehlmann 119.
Baerwald 65.
Bailey 72.
Bairaschewski 37.
Baldwin 102.
Bálint 74.
Ballner 34.
Bang 56.
Barankin 79.
v. Bardeleben 178.
Barker 110.
Barsikow 85.
Barth 93, 124.
Bassenge 151.
Batsch 96.
Batic 126.
Baudouin 38.
v. Baumgarten 62.
Beach 96.
v. Bechterew 73.
Beck 104.
Beck, C., 84.
Beck, Max 62.
Becker 88.
Berg (s. Nielsen) 179.
v. Behring 32, 63.
Belli 33, 168.
Below 56, 62, 64.
Bencet 9.
Benedikt 72.
Beninde 39.
Berger 104.
Bernhardt 71.
Bernheim 69, 73.
Bernolák 1.
Bertelsmann 93.
Biernacki 56.
Bier 56.
Bilfinger 103.
Billet 60.
Bischoff 69.
Bittner 101.
Blanchart 47.
Blass 47.
Blencke 51, 71, 109.
Blich (s. Holst) 179
Bloch 1, 124.
Bluemchen 57.
Blumenthal 46, 62.
Bock 1.
Bodenstein 82.
Bollinger 179.
Bomann 23.
Bonhoff 65.
Bonne 34.
Bonomo 103.
Borchardt 96.
Bormann 103.
Bornstein 70.
Borntraeger 47, 71.
Bornträger 51.
Bourneville 75.
Brandis 79.
Brasch 70.
Braun 74, 79, 88, 89.
Brentano 103.
Brickner 89.
Brödel 126.
Bruch 42.
Brühl 122.
v. Bruns 62, 84, 104.
Bruns 39, 72, 109.
Brunzlow 39, 62.
Büngner 96.
Bungeroth 131.
Bunts 96.
Burghardt 46.
Burghart 32.
Burwinkel 47, 78.
Buttersack 56, 57, 74, 177.
Buzzard 71.

de la Camp 82.
Cantorowitz 57.
Casper 104.
Cassirer 73.
Celli 64.
Chaput 92.
Charas 131.
Chastang 171.
Cheyne (s. Watson) 15, 83.
Cipollone 168.
Colley 110.
Collins 99.
Coryand (s. Ullmann) 72.
Cowl 56.
Cramer 52.
v. Criegern 57.
Critschett 121.
Crone 92.
Crook 60.
Cumston (s. Greene) 96.
Curschmann 78.

Däubler 170
Dandois 89.
Daum 126.
Dautwitz 131.
Deelemann 42.
Dehler 87, 92.
Deiter 34.
Dejardin 99.
Dekeyser 114.
Delbet 83.
Delbrück 38.
Dengny des Déserts 168.
Denis 96.
Dennig 109.
Le Dentu 83.
Diago 168.
Diehl 72, 101.
Dieudonné 32, 55.

Dittmann 65.
Dölger 36.
Döllken 75.
Doermer 131.
Dolmatow 62.
Donion 103.
Dorendorf 71, 77.
Douillet 77.
Dove 151.
Dovertie 63.
Düms 75.
Dunant 137.

Ebstein 55, 56, 78, 104.
Edel 75.
van Eden 83.
Edinger 73.
Edmunds 96.
Egan 104.
Ehret 51, 71.
Ehrlich 32.
Eichhorst 71.
Ekeroth 126, 179.
Elkan 62.
Elmiger 85.
Engel 83.
Engelhard 1.
Erb 74.
v. Erlach 179.
Erismann 178.
Erlenmeyer 74.
Erlwein 34.
Eschweiler 122.
v. Esmarch 37, 44, 137.
Evans 87.
Ewald 55.
Eydam 33.

De Falco 117.
Falta 119.
Favre 84.
Fein 71, 93.
Felskowski (s. Lehmann) 34.
Fiebig 39, 171.
Fiedler 78.
Fischer 62, 64, 83.
Fischer, Bernh., 171.
Fischer, Dan., 126.
Flatau 73.
Flockemann 153.
Foerster 74.
Förster 178.
Fonck 99.
Fontan 99.
Forster 42.
Fortmüller 171.
Fowler 104.
Fowles 96.
Fraenckel, R., 60.
Fraenkel 34.
Fraenkel, C., 32.
Fraenkel, M., 179.
Fränkel 57, 64, 84.
Francisco 103.
Franke 84, 110, 171.
Frankl 64.
Freund 131, 135.
Friedheim 178.
Friedlaender 104.
Friedländer 68.
Friedmann 62.
Friedrichsen 171.
Frölich 1.
Fürst 47.
Fürstner 121.

Gärtner 44.
Gaffky 46.
Gallet 109.
Galli 1.
Gallström 179.
Garel 102.
Gazeau 168.
Georgii 110.
Gerhardt 46, 55.
Gerson 84.
Ginsburg 118.
Gläser 70.
Glatzel 77, 79.
Gömöry 75, 109.
Görke 122.
Goetsch 62.
Goldmann 104.
Goldscheider 55.
Goldstein 69, 92.
Golebiewski 51.
Gordon 96.
Gossner 79, 110.
Gottlieb 78.
Gottstein 56.
Gräupner 78.
Grammatschiko 44.
Grassel 70.
Graul 89.
Grawitz 62, 82.
Greef 121.
Greene (s. Cumston) 96.
Griss 70.
Gros 171.
Grosskopf 123.
Grumme 42.
Grunert 124.
Grunow 70.
Guillery 117.
Guitéras 103.
Gusmitta 95.
v. Gyory 1.

Haab 121.
Habart 84, 93, 95, 96, 103, 177.
Haeckel 178.
Haenel 71.
Hamburger 117, 119.
Hammar 153.
Hammer 88.
Hammerschlag 124.
Hammesfahr 84, 103.
Hanasiewicz 65.
Hansen 124.
v. Haselberg 117.
Hasenknopf 1.
Hasslauer 124.
Hausenblas 126.
Hayes 153.
Heath 83.
Hecker 92.
Heermann 70.
Hegener 123.
Heidenhain 93.
Heilbronner 75.
Heim 38.
Heimann 124.
Heine 124.
Heinz 82.
Helferich 109, 114.
Helm 34.
Henle 179.
Herhold 87, 151.
Hering 104.
Hermann 99.
Hermes 78.
Herr 32, 39, 44.
Herrnheiser 117.
Herzfeld 104.
Hess 62.
Hesse 78.
Heuser 34, 44.
Hildebrand 56.
Hiltschenko 26.
Hinsberg 117.
Hippius 39.
Hirschberg 104.
Hirschfeld 51.
Hirschl 75, 78.
Hirschmann 89.
Hitzig 68.
Hoche 72, 75.
Hoefimayr 71, 72.
Hölscher 32, 122, 124.

Höniger 69.
Hönigschmied 82.
Hoffmann 73, 79.
Hofmann 78, 88.
Holst (s. Blich) 179.
Honseil 51.
Honsell 84.
Hoppe 118.
Hordynski (s. v. Juchnowicz) 93, 99, 110.
Hünermann 32, 34, 60.
Hueppe, Ferd., 170.
Huschenbett 110.

Ilberg 75.
Immelmann 56.
Inouye (s. Mitsiyasu) 119.
Intze 34.
Iwanoff 64.

Jacob, P., 55.
Jacobitz 44.
Jacobsohn 70, 123.
Jaeger, H., 64, 65.
Jaffé 103.
Jamain 83.
James 153.
Janz 78.
Jendrássik 69.
Jeney 79.
Jerzabek 84.
Jeschke 50.
Jessen 42.
Jessner 110.
Joachimsthal 96.
Jörgensen 179.
Jolly 75.
Jonas 75.
Jordan 51, 87.
v. Juchnowicz (siehe Hordynski) 93, 99, 110.
Juillien 32.
Justian 50, 104.

Kaehler 101.
v. Kahlden 78.
Kalmus 75.
Kamen 64.
Kaufmann 51, 82.
Kayser 122.
Kehr 104.
Kellermann 104.
Kelling 37, 84.
Kelsch 47, 82.
Kern 60, 62, 75, 104.
Kerschbaumer 63.
Kienböck 51.
Killian 102.
Kirchenberger 1.
Kirchner 117.
Kirchner, A. 62, 64.
Kirchner, M. 178.
Kirchner, W. 122.
Kirstein 44.
Kisskalt 34.
Kitashima 32.
Kjellberg 141.
Kleine 57, 64, 65.
Kleinschmidt 122.
Knotz 51.
Koch, Jos. 65.
Koch, R. 32, 47, 171.
Kocher 96.
Köhl 137.
Köhler 51.
Koehler, A. 1, 92.
Kölliker 103.
König, Fr. 34.
Königshöfer 117.
Körte 103, 104.
Körting 177, 179.
Kohlbrugge 64, 171.
v. Kolb 104.
Kolle 46.
Kolpakow 39, 65.
Kopp 42.
Korn 178.
Kossel 46.
Kouindjy 137.
Kowalk 4.
Kozlowský 89.
Kraepelin 75.
Krafft 168.
Kramer 110.
Kraske 96.
Krause 93.
Krawtschenko 119.
Krebs 57.
Kretzschmar 131.
Krieger 103.
v. Kries 126.
Krocker 177, 178.
Kröhnke 44.
Krönig 84.
Krönlein 93, 114.
Kronacher 88.
Krosta 150.
Krull 34.
Krumbein 82.
Krummacher 56.
Kruse 64.
Kübler 1, 177.
Kühn 125.
Kühnemann 56.
Kümmell 79.
Küster 104.
Kuhn 64.
Kulmt 118.
Kurajew 99.
Kusnutzki 64.
Kutschera 51.

Lamberg 126.
Lamp 92.
Lamvers 89.
Landauer 135.
Landerer 62.
Landgraf 78.
Lasker 62
Laspeyres 82.
Lassar 79.
Lauenstein 109.
Lauwers 103, 104.
Laval 102
Laveran 47.
Ledermann 126.
Lehmann(s Felskowski)34.
Lehmann, Rob. 79.
Lembke 51.
Lindner 101.
Leo 168.
Leobet 99.
Leopold 38, 44.
Leppmann 75.
Leser 83.
Lesser 56.
Lessing 110.
Levy 39.
Lewin 122.
v. Leyden 87.
Liebreich 38.
Liepmann 69.
de Lille 32.
Linser 96.
Lipowski 56.
Ljubomudrow 65.
Ljuri 123.
Lobassow 50.
Lobedank 125.
v. Loebell 4.
Loeffler 39, 47, 56.
Loehreke 171.
Löschmann 118.
Löwenfeld 74.
Loewenhardt 104.
Löwensohn 121.
Löwenthal 56, 126, 135.
Loison 95.
Loktew 79.
Lommel 64.
Lotheisen 84.
Lubomudrow 64.

Lucae 122.
Ludloff 109.
Lübbert 171.
Lübbert, A. 44, 84.

Machenand 151.
Majewski 126, 131, 132, 166.
Makins 154.
Manasse 124.
Mandl 46, 57.
Mangianti 64.
Marcuse 1.
Marschal 65.
Masson 126.
Martens 79.
Matignon 151.
Martin 103.
Martini 58.
Martins 38, 57.
Marx 63, 84.
Matthaei 38, 39.
Matthes 69.
Matthieu 38, 39.
Matthiolius 93, 109, 166.
Matudis 79.
Mayer 51, 114.
Mayer, Paul 39.
Medowikow 114.
Méhauté 168.
v. Mehring 55.
Mendel 51, 71, 72, 121.
Mendelsohn 78, 126, 132.
Menzer 60, 65.
Mercié 151.
Merkel 42, 179.
Merkens 93, 96.
Mertens 110.
Merz 42.
Meyen 75.
Meyer 65.
Meyer, Arthur 64.
Meyer, J. 137.
v. Mikulicz 88.
Milton 101.
Mitsiyasu (s. Inouye) 119.
Möhring 73.
Moeller, A. 47.
Möllers 87.
Mohr 65, 71, 114, 179.
Moingard 99, 126.
Morax 119.
Morgenroth 151.
Mori 64.
v. Mosetig-Moorhof 126.
Moskowicz 88.
Mosso 38.
Monti 69.

Moure 96.
v. zur Mühlen 123.
Mühsam 56.
Müller 68.
Müller, Joh. 179.
Müller, Oskar 78.
Müller, P. 103.
Müller, Rich. 42, 124.
Münzer 79.
Musehold 44, 58.
Mygind 77.
Myrdacz 5, 141.

Näher 56.
Nagy (s. v. Rothkreuz) 104.
Nenninger 32.
Neuburger 1.
Neumann 1, 32, 34, 46.
Nicolai 39, 121.
Niebergall 130.
Nielsen (s. Berg) 179.
Niessen 79.
Nietert 99.
Niewerth 71.
Nocht 46.
Nothnagel 84, 87.
Notzing (s. v. Schrenck) 75.
Nürnberger 78.
Nussbaum 34, 37, 44.
Nuvoli 122.

Oberst 109.
Obersteiner 68.
Oddi 84.
Ocker 39.
v. Okróg (s. Zhuber) 110.
Orellana 109.
v. Ortynski 65.
Osion 79.
Ostino 77, 124.
Ostmann 93, 123.
Otto 268.
v. Oven 130.
Overbeck 46.

Paalzow 46.
Paffrath 96.
Pagel 1.
Pagenstecher 99.
Pal 71.
Panara 79.
Pannwitz 47, 137.
Passow 118.
Paul 84.
Pauli 65.

Perassi 84.
Petersen 103, 114.
Petit 89.
Peugniez 93.
Pfalz 117.
Pfeiffer 178.
Pfeiffer, A. 32.
Phinkelstein 39.
Pichler 84, 178.
Piffl 124.
Placzek 52.
Plehn, A. 64.
Plehn, F. 64.
Poehl 57.
Poland 1.
Proschaska 60.
Politzer 122.
Pollack 52.
Port 168.
Praum 99.
Praun 117.
Prausnitz 32.
Preysing 124.
Priebatsch 99.
Prochaccini 64.
Proelss 42.
Proust 58.
Pruoniz 114.

Quenu 102.
Quincke 126.

Raecke 75.
Raimann 71.
Ralliet 47.
Ranke 34.
Ratig 135.
Rehn 103.
Reinhard 87.
Remy 93, 114.
Rho 168.
Ricard 101.
Richter 79, 104, 178.
Richter, Max 126.
Riedel 42.
v. Rieder 60.
Riedinger 75.
Ringel 153.
Ritt 37.
Ritter 78.
Robertson 75.
Robinson 96.
Rohrer 123.
Romberg 62.
Romer 62.
Romeyn 154.

Rosenbach 82.
Rosenberger 84, 103.
Rosenfeld 39.
Rosenthal 56.
Rossi 110.
v. Rothkreuz (s. Nagy) 104.
Rothschild 75.
Rothschuh 171.
Rotter 39, 103.
Rouget 47.
Ruge 32, 64, 171.
Ruge, Reinh. 64.
Rumpel 60.
Rumpf 78.
Rupprecht 83.

Saenger 68.
Sahli 137.
Salistscheff 103.
Samtschik 119.
Sander 75.
Sanegoski 166.
Sarfert 62.
Sarwey 84.
Schaefer 109.
Schäffer 51, 95.
Schaffer 69.
Schaerges 84.
Schaper 4, 52, 132.
Schlatter 104.
Scheffler 58.
Schellong 64, 171.
Schilling 38, 47, 178.
Schjerning 114.
Schlick 151, 168.
Schlockow 55.
Schloffer 104.
Schmidt, F. C. Th. 47.
Schmidt, Reinh. 52.
Schmidtmann 47.
Schmaus 68.
Schoen 117.
Scholz, W. 79.
Scholze 75.
Schopf 95.
Schorr 1.
Schott 51.
Schottelius 58.
Schmid 96.
Schmidt 38.
Schmidt, P. 82.
Schmiedicke 75.
Schmitt 104.
Schmiz 109, 114.
Schneider 71.
v. Schrenck (s. Notzing) 75.
Schroeder 132.
Schucking 34.
Schüder 32, 34, 60.
Schultes 110.
Schultze 70.
Schumburg 38, 42, 44, 60.
Schurig 65.
Schuster 60, 73, 77.
Schwabach 123.
Schwabe 71, 123.
Schwalbe 55.
Schwartz 74.
Schwartzkopf 65.
Seeley (s. Smith) 25.
Seggel 117.
Sehrwald 56.
Seiffer 70, 79.
Seige 44.
Selberg 88.
Sforza 137.
Shiga 171.
Sieur 114.
Sievert 51, 71.
Simons 77, 87, 110, 114.
Singer 65.
Sion 65.
Sjöbring 32, 82.
Smith 78.
Smith (s. Seeley) 25.
Sobotta 179.
Sodre (s. d'Azevedo) 65.
Sommer 75, 179.
Sommerfeld 132.
Sonnenburg 51, 103.
Sonnenberger 39.
Spiegelberg 78.
Spiess 101.
Spirak 96.
Spiro 78.
Sprengel 103.
Steiner 89, 126, 177, 178.
Steinhausen 71, 73.
Stempel 37.
Stenger 93.
Steuernagel 44.
Sthamer 114.
Stifler 78.
Stintzing 71.
Stolper 75.
Straub 119.
Strohmayer 68.
Stroupy 64.
Strümpell 71.
Stuckert 114.
Stumpf 47.
Sturm 124.
Sudeck 88.
Sultan 103, 109.
Suter 153.
Suzuki 166.
Symens 117.

Talisin 42.
v. Tappeiner 56.
Taubert 72.
Taussig 60.
Tautzscher 104.
Tenholt 60.
Thiem 51.
Thienhaus 103.
Thöle 78, 88.
Thrap-Meyer 132.
Thurnwald 79.
Tiberio 168.
Tiling 1.
Tilmann 114, 178.
Timann 130.
Torossow 119.
Traniello 132.
Trank 47.
Trautmann 122, 123.
Treitel 122.
Triboulet 39.
Trnka 83, 114.
Troeger 75.
Tulatow 58.
Tyrman 1.

Uhlenhuth 38, 47, 55.
Uhthoff 121.
Ullmann (s. Coryand) 72.
Unger 60, 125.
Urbantschitsch 122.

Vaillard 47.
Vallin 47.
Vermes 117.
Verworn 69.
Vincent 60.
Violet 171.
Virchow 62.
de Vita 82.
Volkens 171.
Voss 44.
Vuillemin 42.

Waldeyer 68.
Waldschmidt 38.
Waldvogel 56.
Walten 99.
Walter 72.
Wanke 74.

Wanscher 1.
v. Wasielewski 32.
Watson (s. Cheyne) 15, 83.
Wedding 37.
Wedekind 51.
Wegner 96, 110.
Weigt 151.
Weil 32.
Weinreich 93, 103.
Weischer 104.
Weischbitzki 119.
Weljamowitsch 39.
Welp 104.
Wernicke 46.
Wesenberg 38.
Westenhoeffer 78.
Westermann 93.
Westphal 130.
Weygandt 74, 75.
Weyl 32.
Wichura 130.
Wick 72, 117.
Widenmann 15, 60, 104.
Wiener 179.
Wieting 153.
Wilbrand 68.
Wilhelm 37.
Wilms 87.
Winternitz 42.
Wirth 64.
Witte 124.
Wölfflin 118.
v. Woerz 179.
Wolff 110.
Wolpert, Adolf, 37.
Wolpert, Heinrich, 37.
Wood 103.
Worbs 92.
Wyss 71.
Wyssa 126.
Wyeth 104.

van Zandt 77.
v. Zawadski 88.
Zeroni 124.
Zhuber (s. v. Okròg) 110.
Ziemann 65.
Ziemssen 79, 84.
Zimmermann 99, 104, 110.
Zoroastrow 151.
Zuckerkandl 83, 179.
Zulehner 99.
Zuntz 42.

ON MED
FEB 28 19
LIBRARY

I. Geschichtliches.

1) Marcuse. Der Sanitätsdienst in den Heeren der Alten. M. A. No. 21—24. — 2) Köhler, A. Grundriss einer Geschichte der Kriegschirurgie. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 31. — 3) Koehler, A., Bock und Hasenknopf. Kriegschirurgen und Feldärzte in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (1795—1848). Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens, Heft 18. — 4) Neumann. Die Grundzüge der Entwickelung des Kriegssanitätsdienstes in Preussen. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 28. — 5) Engelhard. Rückblick auf die Verpflegungsverhältnisse im Kriege 1870/71. M. W. Bl., 11. Beiheft. — 6) Schorr. Beitrag zur Geschichte des Sanitätsdienstes im Felde. M. A. No. 11 und 12. — 7) Wanscher. Ueber die Entwickelung des Militärsanitätsdienstes speciell in Frankreich und in Deutschland. (In französischer Sprache.) S. 573. — 8) Kirchenberger. Die älteste selbständige „gedruckte" Feldspitalordnung der österreichischen Armee. M. A. No. 3—5 u. 7—12. — 9) Frölich (†). Die Militärmedizin des 16. Jahrhunderts. J. S. 68. — 10) Tyrman. Gemeinsame und wechselseitige dienstliche Inanspruchnahme der Militär- und Civilärzte im 18. Jahrhundert. M. A. No. 15—20. — 11) Neuburger und Pagel. Th. Puschmanns Handbuch der Geschichte der Medizin. Jena. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 95. 12) Galli. Die Hygiene im antiken, päpstlichen und modernen Rom. M. m. W. No. 31, S. 1248. 13) Marcuse. Aus der medizinischen Hexenküche. Beitrag zur Geschichte der Medizin im Mittelalter. M. m. W. No. 40 S. 1573. 14) Medizinischer Wahnglaube im vierten Jahrhundert. D. m. W. No. 43. 15) Bloch. Der Ursprung der Syphilis. 1. Abtheilg. Jena. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 256. 16) v. Gyory. Morbus hungaricus, eine medico-historische Quellenstudie. Jena. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 98. 17) Kübler. Geschichte der Pocken und der Impfung. (Bd. I der Bibliothek v. Coler.) Bespr. D. m. Z. S. 292. 18) Chiari. Die pathologische Anatomie im 19. Jahrhundert und ihr Einfluss auf die äussere Medizin. Bespr. D. m. Z. S. 539. 19) Köhler, A. Geschichtliches über unser Nahtmaterial. D. m. W. No. 15. 20) Poland. Retrospect of surgery during the past century. London. 21) Tiling. Bewegungen der Chirurgie in den letzten 25 Jahren. P. m. W. No. 9.

(1) Ueber den Sanitätsdienst in den Heeren der Alten besitzen wir nach Marcuse nur wenige geschichtliche Ueberlieferungen. Homer erwähnt in der Ilias der beiden Aerzte Machaon und Podaleirios; Hippokrates spricht von einem Arzte, der der Expedition des Alkibiades gegen Sizilien beigegeben war. In der Anabasis und in der Kyropädie des Xenophon wird mehrmals von Militärärzten Erwähnung gemacht.

Was die Römer anbelangt, so bestand der Militärsanitätsdienst zur Zeit der Republik noch nicht als öffentliches Institut, sondern entstand

erst mit den stehenden Heeren, wahrscheinlich zur Zeit des Kaisers Augustus. Zu einer nicht genau zu bestimmenden Zeit, jedenfalls unter den ersten Kaisern, errichtete man in den Lagern auch Militärspitäler (valetudinaria). Die Verwaltung dieser Spitäler war Sache der Lagerpräfekten, der Sanitätsdienst darin Sache besonderer Aerzte und ihres Personals. Spezialtruppen, ebenso die Legionen hatten ihre eigenen Aerzte, erstere hiessen Medici cohortis, letztere Medici legionis; alle ohne Rangunterschied unter sich, mit dem allen gemeinschaftlichen Rang von Unteroffizieren (Principales). Die Kriegsmarine der Römer hatte ebenfalls ihren Sanitätsdienst und ihre Schiffsärzte; allein die Einrichtung des ärztlichen Dienstes bei der Flotte ist uns unbekannt.

(3) Das unter 3) aufgeführte, von der Medizinal-Abtheilung des Preuss. Kriegsministeriums herausgegebene Buch bildet den II. Theil des der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewidmeten Werkes „Die Kriegschirurgen und Feldärzte Preussens und anderer deutscher Staaten in Lebensbildern", dessen I. Theil (A. Köhler, Kriegschirurgen und Feldärzte des 17. und 18. Jahrhunderts) auf S. 291 des Jahrganges 1899 der D. m. Z. besprochen ward. In dem hier in Rede stehenden II. Theil beleuchtet zunächst wiederum A. Köhler die Kriegsereignisse nach dem Tode Friedrichs des Grossen, die Bekleidung, Behandlung und Verpflegung des Soldaten bis znr Katastrophe 1806 sowie die ärztliche Wissenschaft am Ende des 18. Jahrhunderts. Ausführlich erörtern sodann die Verf. die in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gebrauchten Waffen, die dadurch verursachten Wunden und die damalige Wundbehandlung, das Militär-Sanitätswesen jener Zeit und die damit erzielten Erfolge. Den Beschluss bilden die Lebensbeschreibungen von Mursinna, Goercke, C. F. v. Gräfe und Rust. Der 336 Seiten umfassende, mit 17 Porträts, 8 Abbildungen und 7 Tafeln ausgestattete Band bringt im Einzelnen manches bisher noch nicht Veröffentlichte. Die grossen in der Besprechung des I. Theils angedeuteten Gesichtspunkte sind auch im II. Theil für die Darstellung maassgebend geblieben. Kr.

(6) Nach Houssaye war das Loos der Verwundeten im Kriege bis um die Mitte des 19. Jahrhunderts ein recht trauriges. Napoleon I. fühlte Mitleid mit den Opfern des Krieges; er ritt nach Beendigung des Kampfes das Schlachtfeld ab und überwachte die Besorgung und Bergung der Verwundeten. Unter ihm wurde der Dienst der Ambulanzen organisirt und geregelt und gelangten mobile Lazarethe zur Errichtung, die den Korps unmittelbar folgten und während der Aktionen ihre Thätigkeit entfalteten. Nichtsdestoweniger war die Hülfe eine unzulängliche. Erst im Feldzuge 1870/71 war das Schicksal der Verwundeten ein besseres. Dies wird hoffentlich auch in der Zukunft der Fall sein. Die „todbringende Kunst" hat zwar Riesenfortschritte gemacht; aber auch die „heilbringende Kunst" ist nicht zurückgeblieben und wird durch die staatliche und freiwillige Sanitätspflege weiter gefördert werden.

Kirchenberger.

(8) Kirchenberger veröffentlicht die erste gedruckte österreichische Feldspitalsordnung vom Jahre 1738. Nach dieser gab es zur Zeit des österreichischen Erbfolgekrieges (1740—1748) bei jeder operirenden Armee 1 Feldhauptspital und je nach Erforderniss eine verschiedene Anzahl von Filialspitälern. Den Befehl über ein Feldspital führte ein Offizier, den ärztlichen Dienst versahen 2 Stabsmedici und 1 Stabschirurgus. Auf je 20 Kranke kam ein „guter, alter, getreuer und nüchterner Soldat" als

Pfleger, auf 100 Kranke 1 Feldscherer und zur Aufsicht 1 „betagter" Leutnant und ein Unteroffizier. Zur Ueberwachung der Feldspitäler bestand ein eigenes „Consilium sanitatis campestre", das dem kommandirenden General der Armee untergeordnet war.

Die Feldspitalsordnung zerfällt in 3 Theile: 1. eine Verordnung für die Truppen bezüglich der Abgabe Kranker in die Feldspitäler, 2. die eigentliche Feldspitalsordnung und 3. zwei Instruktionen für den Feldstabsmedicus sowie für den Feld- und Stabsoberchirurgus und die übrigen Chirurgen. Diese interessanten Dokumente werden von Kirchenberger im Wortlaute mitgetheilt. Joh. Steiner.

(10) Tyrmann bringt zumeist nach dem von Linzbauer zusammengestellten Codex sanitario-medicinalis Hungariae Mittheilungen über gemeinsame und wechselseitige dienstliche Inanspruchnahme der Militär- und Civilärzte in Oesterreich-Ungarn während des 18. Jahrhunderts. Trotz der sehr untergeordneten Lage und jedweden Mangels an Ansehen und Achtung der damaligen, hinsichtlich ihrer Stellung bedauernswerthen Militärärzte wurden sie dennoch in jenem Jahrhunderte bei wichtigen Anlässen, zumeist bei Seuchen, als Mitreferenten oder Rathgeber zugezogen. Und wie Civilkommissionen Militärärzte beigezogen wurden, so waren auch die Fälle häufig, in denen man die Thätigkeit von Civilärzten in rein militärärztlichen Agenden in Anspruch nahm. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Kirchenberger.

II. Organisation.

1. Deutschland.

Siehe auch unter IV. B. 5.

1) Rückbeförderung des Ostasiatischen Expeditionskorps. — 2) Allerhöchste Verordnung über die Ehrengerichte der Sanitätsoffiziere im Preussischen Heere vom 9. 4. 1902. D. m. Z. S. 363. — 3) Bestimmungen über die Aufnahme von Studirenden in die Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zu Berlin vom 10. 9. 1901. — 4) Wissenschaftlicher Senat bei der Kaiser Wilhelms-Akademie: a) Zusammensetzung. D. m. Z., A. B. S. 31; b) Eröffnung. D. m. Z. S. 104. — 5) Formationsänderungen u. s. w. aus Anlass des Reichshaushaltsetat 1901. D. m. Z. S. 237 und A. B. S. 15. — 6) Errichtung eines Genesungsheims beim XIII. (K. W.) Armeekorps. — 7) Aenderung des medizinisch-chirurgischen Etats der Feld-Sanitätsformationen. D. m. Z., A. B. S. 49. — 8) Aenderung des Sanitätskastens. A. V. Bl. No. 31. — 9) Sanitätstaschen für Unberittene. D. m. Z., A. B. S. 19. — 10) Gewährung von Vorspann an Sanitätsoffiziere und Zahlmeister bei den Märschen. A. V. Bl. No. 11. — 11) Militärärztliche Behandlung der Soldatenfamilien. A. V. Bl. No. 12. — 12) Etat der Garnisonlazarethe an Unterhosen. A V. Bl. No. 18. — 13) Mindesthöhe der Bettstellen in den Garnisonlazarethen. D. m. Z., A. B. S. 49. — 14) Verwendung steuerfreien Aethers in den Garnisonlazarethen. D. m. Z., A. B. S. 44. — 15) Beschaffung von Salzgefässen von Steingut oder Porzellan für die Lazarethkochküchen. D. m. Z., A. B. S. 44. — 16) Beurtheilung einjährig-freiwilliger Aerzte bei Ent-

lassung wegen Dienstunbrauchbarkeit. D. m. Z., A. B. S. 15. — 17) Krankenpflege für inaktive Mannschaften. D. m. Z., A. B. S. 15. — 18) Berichterstattung der Korpsstabsapotheker über die von ihnen ausgeführten wichtigeren Untersuchungen. D. m. Z., A. B. S. 69. — 19) Felduniform für Malteser-Ritter. D. m. Z., A. B. S. 19. — 20) Schaper. Die Bedeutung der Fortbildungskurse für Sanitätsoffiziere. B. kl. W. S. 273. — 21) Kowalk. Militärärztlicher Dienstunterricht. 6. Aufl., Bespr. D. m. Z. 1902, S. 213. — 22) v. Loebells Jahresberichte über die Veränderungen und Fortschritte im Militärwesen. XXVII. Jahrg.: „Bericht für das Jahr 1900". Bespr. D. m. Z. S. 300.

(1) Die grösste im Jahre 1901 der Heeres-Medizinalverwaltung erwachsene Aufgabe entstand durch die Rückbeförderung des grössten Theils des Ostasiatischen Expeditionskorps. Es handelte sich dabei insbesondere darum, die Verbreitung von Typhus und Ruhr in der Armee und in der Civilbevölkerung durch heimkehrende Theilnehmer an der Expedition zu verhüten. Zu diesem Zweck wurden Beobachtungslazarethe eingerichtet in Bremerhaven und Munster (Hannover), ausserdem für die über Triest Zurückkehrenden ein kleineres in Schlesien. Weil dem Vernehmen nach über die getroffenen Maassnahmen eine amtliche Veröffentlichung bevorsteht, bleiben weitere Mittheilungen darüber vorbehalten.

(2) Die Bedeutung der Allerhöchsten Verordnung über die Ehrengerichte der Sanitätsoffiziere ist bereits in der D. m. Z. (a. a. O.) gewürdigt. Die auszugsweise Wiedergabe der Einzelheiten erscheint nicht angezeigt. Entsprechende Verordnungen sind auch für die Sanitätsoffiziere der Königl. Bayerischen und Königl. Sächsischen Armee sowie des XIII. (Königl. Württembergischen) Armeekorps ergangen.

(5) Ausser den in der D. m. Z. S. 239 angegebenen Formationsänderungen bei der preussischen Armee, unter denen die Schaffung des wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser Wilhelms-Akademie (vergl. 4a und b) weitaus das grösste militärärztliche Interesse in Anspruch nimmt, ist noch bei der Bayerischen Armee die durch Bildung eines 3. Armeekorps entstandene Stellenvermehrung (1 Korps-Generalarzt, 1 Assistenzarzt, 1 Divisionsarzt) zu erwähnen.

(6) Beim XIII. (K. W.) Armeekorps wurde am 1. April 1901 das Militärgenesungsheim Waldeck bei Nagold mit einer Belegungsfähigkeit von 50 Genesungsmannschaften eröffnet.

(7) Die Aenderung des medizinisch-chirurgischen Etats der Feld-Sanitätsformationen ist eine Fortführung der im Jahresbericht für 1900 (S. 4 unter 2) erwähnten grossen, mit bedeutenden Geldmitteln in Angriff genommenen Maassnahme, welche bestimmt ist, die Sanitätsausrüstung der Armee im Kriege und im Frieden auf die volle Höhe des durch den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft und der Technik Gebotenen und Erreichbaren zu bringen. Die Einzelheiten der im Jahre 1901 vorgenommenen Aenderungen siehe D. m. Z. (a. a. O.)

(8) Die Zeichnungen des Sanitätskastens sind ausser Kraft getreten, neue Zeichnungen werden nicht herausgegeben. Die Sanitätsdepots haben Proben der Kasten erhalten.

(10) Zum Erlass vom 2. Januar 1884 (A. V. Bl. S. 13) wird erläuternd bemerkt, dass in Fällen, wo das Marschziel der Truppe zwar zu den Garnisonanstalten eines Standortes rechnet, aber ausserhalb der Grenze der Stadt u. s. w. liegt, die den eigentlichen Standort bildet, der

wirklich zurückgelegte Weg, also der Weg von der Ausladestation nach der betreffenden Garnisonanstalt, bei einem Uebungs- u. s. w. Platz bis zur Grenze des eigentlichen Lagers, maassgebend ist. Beträgt dieser Weg 5 km oder mehr, so ist hiernach Vorspann bezw. die Geldvergütung dafür zuständig. Die Entfernung der Ausladestation von der Grenze der betreffenden Garnisonstadt kommt in derartigen Fällen nicht in Betracht.

(11) Unentgeltliche ärztliche Behandlung, freie Arznei u. s. w. steht nur den Familien der Kapitulanten zu, nicht aber den Familien der Mannschaften, die sich in Erfüllung ihrer gesetzlichen Dienstpflicht befinden.

(12) Der Etat — Beilage 36 der F. S. O. lfd. No. 30 — wird auf 2 Paar Unterhosen für jeden Kranken der Normalkrankenzahl erhöht. Die Vermehrung der Bestände hat nach Maassgabe der verfügbaren Mittel der Korpsintendanturen einzutreten. Red.

(20) In Berlin werden alljährlich folgende militärärztliche Kurse abgehalten:

a) je ein 3wöchiger Fortbildungskursus für Oberstabsärzte, Stabsärzte und Ober- bezw. Assistenzärzte;

b) ein 4wöchiger hygienischer Kursus für Assistenz- bezw. Oberärzte;

c) ein 4wöchiger Kursus zur besonderen Ausbildung in der Vornahme chemischer und bakteriologischer Untersuchung bezüglich der Wasserversorgung, der Ernährung und der sonstigen Gesundheitspflege.

In der Provinz werden alljährlich an den Universitäten und am Neuen Allgemeinen Krankenhause in Hamburg-Eppendorf 3wöchige Fortbildungskurse für Sanitätsoffiziere des aktiven Dienststandes und des Beurlaubtenstandes abgehalten.

Diese Fortbildungskurse sind für das Civilmedizinalwesen vorbildlich.

Schurig.

2. Oesterreich-Ungarn.

1) Militärärztliches. Danz. A. Z. 1901, No. 48. — 2) Das Mai-Avancement und die Veränderungen an der Spitze des militärärztlichen Offizierkorps. M. A., No. 9 und 10. — 3) Der letzte Chef des militärärztlichen Offizierkorps. Danz. A. Z. No. 16. — 4) Organische Bestimmungen für die Militär-Medikamentenanstalten. N. V. 29. Stück. — 5) Organisatorische Bestimmungen für die stabilen Militär-Sanitätsanstalten im Frieden. N. V. No. 32. — 6) Vorschrift über die Verleihung militärärztlicher Stipendien. Wien. — 7) Reder. Jahrbuch für Militärärzte 1902, 37. Jahrg., Wien. — 8) Rechenschaftsbericht des Unterstützungsvereins der k. u. k. Militärärzte für das 35. Vereinsjahr 1900. Wien. — 9) Bernoläk. Das Berittenmachen des militärärztlichen Offizierkorps. St. ö. m. Z., 42. Jahrg., IV. Band, 1. Heft. — 10) Königl. ungarische landwehrärztliche Applikationsschule in Budapest. V. No. 339. — 11) Gewährung einer Alterszulage an Regimentsärzte 1. Kl. v. L. J. 1901, S. 144. — 12) Leitfaden zum fachtechnischen Unterrichte des k. u. k. Sanitäts-Hülfspersonals. Wien. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 38. — 13) Myrdacz. Handbuch für k. u. k. Militärärzte. X. Nachtrag. Wien. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 102. — 14) Kriegsspielübungen für Militärärzte und Sanitätsoffiziere. M. Z. No. 43/1900. 14a) Einführung in das Heerwesen der österreich-ungarischen Monarchie im Felde. Wien. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 102. — 15) Invalidenhausspitäler. M. W. Bl. 98. — 16) Tragbare Zugsausrüstung der Pioniertruppe. M. W. Bl. 67. — 17) Zeltspitzen aus Lindenholz. M. W. Bl. 68.

(1 - 3) Das wichtigste Ereigniss auf dem Gebiete des Sanitätsdienstes der österreich-ungarischen Armee im Berichtsjahre ist die am 9. April erfolgte Uebernahme des bisherigen Chefs des militärärztlichen Offizierkorps, des Generalstabsarztes Dr. Moriz Ritter Nagy v. Rothkreuz, in den Ruhestand und die Ernennung des gegenwärtigen Vorstandes der 14. (Medizinal-) Abtheilung des Reichs-Kriegsministeriums, des Generalstabsarztes Dr. Josef Uriel, zum Chef des militärärztlichen Offizierkorps unter gleichzeitiger Belassung auf seinem bisherigen Dienstposten.

Diese organisatorische Neuerung bedeutet die Beseitigung des leidigen Dualismus an der Spitze des Militär-Sanitätswesens. Unwillkürlich musste dieser letztere zu Reibungen und Eifersüchteleien zwischen dem ausserhalb des Reichs-Kriegsministeriums stehenden Chef des militärärztlichen Offizierkorps und dem als Referenten des Reichs-Kriegsministers fungirenden Vorstande der 14. Abtheilung führen, wodurch in letzter Linie der Militär-Sanitätsdienst und das militärärztliche Offizierkorps geschädigt wurden. Die nunmehr erfolgte Vereinigung dieser beiden Posten in einer Person ist daher als eine zweckentsprechende Maassnahme zu begrüssen. In Verbindung mit dieser Neuerung wurde der als Hygieniker bestens bekannte Kommandant der militärärztlichen Applikationsschule, Generalstabsarzt Dr. Florian Kratschmer, auch zum Präses des Militär-Sanitätskomité ernannt.

(4) Der Friedensstand der Militär-Medikamentenbeamten besteht aus: 1 Medikamenten-Direktor, 2 Medikamenten-Oberverwaltern, 9 Medikamenten-Verwaltern, 25 Medikamenten-Offizialen 1. Kl., je 23 Medikamenten-Verwaltern 2. und 3. Kl. und 14 Medikamenten-Akzessisten; hinzu kommen im Okkupationsgebiete: 1 Medikamenten-Verwalter, 1 Medikamenten-Offizial 1. Kl., 2 Medikamenten-Offiziale 2. Kl., 1 Medikamenten-Offizial 3. Kl. und 3 Medikamenten-Akzessisten. Ausserdem stehen bei der k. und k. Kriegsmarine in Verwendung: 1 Medikamenten-Verwalter, 1 Medikamenten-Offizial 2. Kl., 2 Medikamenten-Offiziale 3. Kl. und 3 Medikamenten-Akzessisten.

Nebst der Militär-Medikamentendirektion in Wien ist für jedes der 26 Garnisonspitäler eine Apotheke systemisirt; ausserdem bestehen in 13 grösseren Garnisonorten ohne Garnisonspital Garnisonapotheken.

Das technische Hülfspersonal der Militär-Medikamentenanstalten besteht aus: 1 Werkmeister 1. Kl., 24 technischen Gehülfen 1. Kl. und 11 technischen Gehülfen 2. Kl.

(5) Zu den stabilen Militär-Sanitätsanstalten gehören im Frieden: a) die Garnisonspitäler nebst ihren Filialen; b) die Truppenspitäler und die denselben gleichgestellten Spitäler der Militär-Invalidenhäuser; c) die Marodenhäuser; d) die Militär-Heilanstalten der verschiedenen Kurorte; e) die Zöglingsspitäler der Militär-Erziehungs- und Bildungsanstalten und f) das Spital der Militär-Strafanstalt in Möllersdorf.

Die 26 Garnisonspitäler sammt Filialen haben im Frieden einen Personalstand von: 181 Aerzten, 17 Oberoffizieren des Armeestandes, je 27 Militärgeistlichen und Rechnungsführern, 83 Offizieren und 3060 Mann der Sanitätstruppe, 64 Militärapothekern und 9 Mann technisches Hülfspersonal.

(6) Die neu erschienene „Vorschrift über die Verleihung militärärztlicher Stipendien“ regelt die gesammten dienstlichen Verhältnisse der mit militärärztlichen Stipendien betheilten Hörer der Medizin, welche nunmehr „Aspiranten für das militärärztliche Offizier-

korps“ oder kurz „Aspiranten“ genannt werden. Die neue Vorschrift enthält genaue Bestimmungen über den Vorgang bei der Verleihung der Stipendien, betreffs der Ueberwachung des Studienfortganges der Aspiranten durch die hinzuberufenen höheren Militärärzte, über die Einstellung und Entziehung der Stipendien, über die Evidenz der Aspiranten u. dergl. m.

(7) Das „Jahrbuch für Militärärzte 1902“ von Reder enthält u. a. die Rang- und Eintheilungslisten sämmtlicher Aerzte des Heeres, der Kriegsmarine, der österreichischen und ungarischen Landwehr, sowie der Medikamentenbeamten, ferner das Verzeichniss sämmtlicher im Ruhestande und im Verhältniss ausser Dienst befindlichen Militär- und Marineärzte und Medikamentenbeamten, den Abgang aus den verschiedenen Dienstverhältnissen, das Verzeichniss der stabilen Sanitätsanstalten des k. und k. Heeres, die Ministerialerlasse und Zirkularverordnungen, welche auf den Heeres-Sanitätsdienst Bezug haben, u. dergl. m. Zum ersten Male erschienen auch im Jahrbuche der Lehrkörper und die Hörer der neugegründeten militärärztlichen Applikationsschule, sowie das Verzeichniss der auf Kliniken kommandirten Militärärzte angeführt.

(8) Aus dem „Rechenschaftsberichte des Unterstützungsvereins der k. und k. Militärärzte für das 35. Verwaltungsjahr 1900“ ist zu entnehmen, dass die Einnahmen mit dem vom Vorjahre verbliebenen Kassareste sich auf 61 653 Kronen 64 Heller bezifferten. Die Ausgaben belaufen sich auf 47 313 Kronen 27 Heller; hiervon wurden 35 330 Kronen für regelmässige Jahresbezüge an 167 Wittwen und die elternlosen Waisen von drei verstorbenen wirklichen Mitgliedern, bezw. als zeitliche Unterstützungen an 33 Wittwen von Militärärzten ausbezahlt, während 9447 Kronen und 28 Heller zum Ankaufe neuer Werthpapiere verwendet wurden. Das Vereinsvermögen betrug mit Schluss des Verwaltungsjahres 501 600 Kronen in Werthpapieren und 14 340 Kronen in barem Gelde. Kirchenberger.

(9) Der Artikel setzt die Nachtheile der jetzigen Berittenmachung der Militärärzte im Kriege auseinander, als: Zuweisung eines unbekannten, meist nicht gerittenen Pferdes, bald eintretende Ermüdung der Aerzte infolge Mangels an Uebung im ausdauernden Reiten u. s. w. und kommt mit dem Vorschlage, statt der Reitpferde für jeden Militärarzt einen einspännigen Wagen einzufüren. Es werden sodann Bauart und Ausrüstung eines solchen projektirten „feldärztlichen Wagens“ im Einzelnen geschildert; auch wie er im Felde verwendet werden sollte, wird näher ausgeführt und betont, dass dieser Wagen im Bedarfsfalle auch für den Verwundetentransport ausnützbar sein müsste.

Der Vorschlag ist aus militärischen und finanziellen Gründen nicht zu verwirklichen.

(10) Mit 1. Oktober 1901 wurde in Budapest beim Landwehr-Garnisonspitale nach dem Muster der Wiener militärärztlichen Applikationsschule eine analoge Schule für die Aspiranten des aktiven ungarischen landwehrärztlichen Offizierkorps aufgestellt und gleichzeitig der seit 1883 bestehende landwehrärztliche Wiederholungskurs aufgelassen.

Joh. Steiner.

(11) Den Regimentsärzten 1. Kl., welche bei der Beförderung zum Stabsarzte übergangen wurden, in ihrer bisherigen Dienststellung indessen noch längere Zeit erspriessliche Dienste zu leisten vermögen, wurde eine Alterszulage von 240 Kronen jährlich bewilligt.

(14) Kriegsspielübungen für Militärärzte und Sanitätsoffiziere finden im Winter 1900/01 im militärwissenschaftlichen Vereine zu Wien statt. Den Besprechungen liegen konkrete Fälle zu Grunde. Die erste Uebung war der Organisation bei den Infanterie- und Kavallerie-Truppendivisionen und den bei einem Korps eingetheilten Feld-Sanitätsanstalten sowie der Thätigkeit bei ihrer Mobilmachung gewidmet.

(15) Bei den Invalidenhäusern zu Wien, Prag und Tyrnau wurden Invalidenhausspitäler errichtet, welche den Truppenspitälern gleichgestellt sind, jedoch besteht das Tyrnauer aus zwei Abtheilungen, von denen die eine für körperliche Kranke des Invalidenhauses und der Garnison, die andere für geisteskranke Militärpersonen überhaupt bestimmt ist.

(16) In der tragbaren Zugsausrüstung der Pioniertruppe ist die Zahl der Handhacken bei jeder Kompagnie um sechs oder neun vermehrt worden, welche an einer für sie und das Bajonett gemeinsamen Tragvorrichtung, der „Handhackentasche sammt Futteral" getragen werden. Die damit versehenen Mannschaften führen sie auch dann bei sich, wenn die übrige Ausrüstung auf den Requisitenwagen verladen ist.

(17) Zeltspitzen aus Lindenholz sind für die mit dem Repetirstutzen sammt Bajonett bewaffneten Mannschaften der Technischen Truppen und der mobilen Pionier-Zeugsanstalten eingeführt, um bei Benutzung des Stutzen als Zeltstütze auf die Bajonettscheide gesteckt zu werden. Red.

3. Italien.

1) Corso bimestrale d'igiene presso la Scuola d'Applicazione di Sanità Militare. Atto No. 242 vom 16. Oktober. — 2) Cambio di recipienti per liquidi nei carri e nelle carrette di Sanità. Atto No. 279 vom 13. Dezember. — 3) Adozione d'una busta chirurgica tascabile per ufficieli medici. Atto No. 281 vom 15. Dezember. — 4) Adozione d'una giubba da Campagna per gli Ufficiali. Atto No. 266 vom 28. Dezember 1900 und No. 44 vom 15. Februar 1901. — 5) Astegiano. Notize sulla scuola d'applicazione di sanità militare in Firenze. Firenze. — 6) Istruzione provisoria per il servizio della leva all'estero. — 7) Versuche mit einem neuen Tornister. Neues Zeltmuster v. L. J. S. 120.

(1) Um die Kenntnisse in der Hygiene zu fördern, hat das Kriegsministerium auf Vorschlag der Militär-Sanitätsinspektion einen Fortbildungskursus bei der Militär-Sanitätsapplikationsschule zu Florenz eingerichtet, welcher jährlich vom 20. Oktober bis 15. Dezember stattfinden soll und an welchem 20 Hauptleute-Aerzte theilnehmen werden. Am Ende des Kursus wird der Schuldirektor jedem Einberufenen über seine Leistungen ein Zeugniss ausstellen; davon wird man in den Personalakten jedesmal Erwähnung thun.

(2) Da man festgestellt hat, dass die die flüssigen Arzneimittel enthaltenden Zinn- und Zinkbehälter der Sanitätswagen bezw. -karren unbrauchbar geworden sind, hat das Kriegsministerium bestimmt, dass sie durch mit passenden Korkstöpseln versehene Glasflaschen ersetzt sein müssen.

(3) Ein vorschriftsmässiges chirurgisches Taschenbesteck für Sanitätsoffiziere, Modell Lollini, ist eingeführt worden, welches sich alle vom Majorarzt an abwärts aus eigenen Mitteln anschaffen müssen. Es kostet

65 Lire. Es muss immer auf Märschen, Uebungen u. s. w. entweder in einer Tasche des Waffenrocks oder im Offiziertornister mitgebracht werden. Dieses Taschenbesteck besteht aus zwei sich einfügenden, schalenförmigen Aluminiumschachteln von etwa 18 × 15 × 3 cm, welche auf zwei selbständigen fortbewegbaren Rahmen die folgenden Instrumente enthalten: 1 Metallkatheter, 1 Glasflacon für Nähseide, 1 subcutane Injektionsspritze Modell Lollini, mit Platiniridiumkanüle, 1 Doppellöffel n. v. Volkmann, 1 Hohlsonde mit Ohrlöffel, 1 feine Sonde, 1 Celluloidbüchse mit 2 Fläschchen Aether und 4 Sublimatpastillen, 3 Scalpelle (gerade, gebaucht, geknöpft), 1 Maximalthermometer, 1 Nadel zur Entfernung fremder Körper aus der Hornhaut, 1 gebogene Scheere, 1 Unterbindungspincette von Spencer mit Nadelhalter, 1 Aderlasspincette, 1 Glashöllensteinhalter mit Silberzange, 2 Arterienzangen n. Kocher, 1 Metalletui mit Trokar zur Hydrocele und Tumorenhäkchen, 1 anatomische Pincette, 6 Nähnadeln (davon 2 für Darmnaht), 2 Vorrathskanülen für die subcutane Injektionsspritze. Das Besteck wiegt leer 140 g., voll 390 g.

(4) Ein Feldwaffenrock für Offiziere aller Waffen und Korps ist eingeführt worden. Er unterscheidet sich von der gegenwärtigen Giubba a due patti dadurch, dass er mit einer einzigen zentralen Reihe unsichtbarer Knöpfe versehen ist und vier äussere Taschen und Achselstücke von schwarzem Tuch hat; das Schnurgeflecht der Gradabzeichen an Aermeln besteht aus einer Litze von schwarzer Seide oder Wolle; er hat keine Vorstösse. Generale haben sie roth. Die Achselstücke der Generale bestehen aus einem Silberzeuge mit 1, 2 oder 3 goldenen Sternchen für die Abzeichen der Grade. Der Waffenrock wird in allen Umständen getragen mit Ausnahme der Paraden und zu Visiten bei den Vorgesetzten (visite di dovere). Grieco.

(7) Die Versuche mit einem neuen, gepackt um 3 kg leichteren Tornister sind noch nicht abgeschlossen; ebenso steht es mit der beabsichtigten Einführung eines leichten Infanterie-Schanzzeuges. Dagegen ist ein neues Muster für ein konisches Zelt eingeführt worden. Red.

4. Frankreich.

1) Bencet. Le service de santé en campagne. Paris. — 2) Dienstleistungen von Studenten der Medizin und der Pharmacie. M. W. Bl. No. 42. — 3) Der rossärztliche Dienst des Heeres. M. W. Bl. No. 42. — 4) Anweisung zur Aufstellung der gesundheitsdienstlichen Statistik des Heeres. M. W. Bl. No. 63. — 5) Die Forderung eines Mindestmaasses von 1,54 m als Vorbedingung zum Eintritt in das Heer aufgehoben. M. W. Bl. No. 42. — 6) Herabsetzung der Anforderungen an die Körpergrösse der Kolonial-Artillerie. M. W. Bl. No. 81. — 7) Leichte Feldbäckereien. M. W. Bl. No. 76. — 8) Feldbekleidung der Kolonial-Infanterie und -Artillerie. M. W. Bl. No. 63. — 9.) Nackenschutz. M. W. Bl. No. 112. — 10) Motoren als Ambulanzwagen. v. L. J.

(2) Ueber die Dienstleistungen von Studenten der Medizin und der Pharmacie sowie von Geistlichen, welche nach einjähriger Dienstzeit beurlaubt wurden und im Jahre 1901 zu vierwöchentlichen Uebungen einberufen sind, hat der Kriegsminister bestimmt: Die Mediziner werden morgens in den Krankenanstalten der Regimenter verwendet und nachmittags in jeder Garnison gemeinsam durch einen Militärarzt unter-

richtet; die Apotheker werden auf die Militärapotheken vertheilt; die Geistlichen werden als Krankenwärter und als Krankenträger ausgebildet.

(3) Der rossärztliche Dienst des Heeres ist, nachdem die Kammern die erforderlichen Mittel für die Vermehrung des Personals bewilligt haben, in nachstehender Weise geregelt worden. Die Rossärzte zerfallen in Oberrossärzte 1. und 2. Klasse (Vétérinaires principaux de 1. et de 2. classe), von denen 11 bezw. 42 vorhanden sind; in 164 Rossärzte (Vétérinaires en 1.) und in 250 Hülfsrossärzte (Vétérinaires en 2. ou aides-vétérinaires). Von den Oberrossärzten 1. Klasse steht je einer an der Spitze eines der 11 Bezirke, in welche das gesammte Gebiet in der Weise eingetheilt ist, dass je 2 bis 3 Armeekorps oder Gouvernementsbereiche sowie Algerien mit Tunesien einen bilden. Von den Oberrossärzten 2. Klasse befindet sich einer in Saumur, einer gehört dem Kriegsministerium an, die übrigen 40 thun Dienste bei den Artillerie-Regimentern. Alle anderen gehören Truppentheilen an.

(4) Eine neue Anweisung zur Aufstellung der gesundheitsdienstlichen Statistik des Heeres ist vor einiger Zeit ausgegeben. Die hauptsächlichen Unterschiede im Vergleiche mit der bisher in Kraft gewesenen vom 9. Juni 1888 bestehen in Vorschriften, welche auf weitere Entwickelung und auf Genauigkeit hinzielen, und in Anordnungen, deren Zweck Verminderung des Schreibwesens sowie der Förmlichkeiten ist.

(5) Das Vorhandensein eines Mindestmaasses von 1,54 m, welches bisher unerlässliche Bedingung für den Eintritt in das Heer war, ist in Zukunft nicht mehr erforderlich. Ein am 2. April d. Js. veröffentlichtes Gesetz hebt die Forderung auf und schreibt vor, dass der Mangel an Grösse kein Hinderniss für die Einreihung bilden, dass vielmehr lediglich eine hinreichende Körperbeschaffenheit verlangt werden soll. Da jedoch zur Zeit des Erlasses des Gesetzes das diesjährige Aushebungsverfahren bereits im Gange war, so wird bei letzterem die neue Vorschrift erst im Jahre 1902 zur Anwendung gebracht werden, wogegen es für den freiwilligen Eintritt sofort Geltung erhält.

(6) Eine Herabsetzung der Anforderungen an die Körpergrösse der Kolonialartillerie ist insofern angeordnet worden, als bei freiwillig Eintretenden und bei Kapitulanten das Maass von 1,60 m als genügend angesehen werden darf. Die daraufhin einem der beiden Kolonialartillerie-Regimenter überwiesenen Soldaten sind vorzugsweise als Ordonnanzen, Trompeter oder im Feuerwerksdienste zu verwenden; ausnahmsweise können Leute von 1,64 m, wenn sie übrigens eine kräftige Körperbeschaffenheit haben, als Fahrer bei den fahrenden Batterien eingetheilt werden. Schneider, Schuhmacher, Musiker, Holz- und Eisenhandwerker, Sattler, Riemer und Beschlagschmiede, welche freiwillig einzutreten wünschen, dürfen angenommen werden, wenn sie auch nur 1,54 messen.

(7) Leichte Feldbäckereien, deren Bestimmung es ist, für die Brotverpflegung der Truppen in solchen Gegenden zu sorgen, in welche ihnen die sonst in Verwendung befindlichen Feldbäckereien nicht folgen können, werden in Allem, was das ihnen zugetheilte Personal, ihre Einrichtung, die Art ihrer Beförderung und ihres Betriebes angeht, in einer vom 9. Mai d. Js. erlassenen Dienstanweisung im Bulletin officiel du ministère de la guerre beschrieben, welche in einem Sonderabdrucke als „Instruction sur les boulangeries légères de campagne“ (Paris, Henry Charles-Lavauzelle, 1,10 Frcs.) veröffentlicht ist. Die Bestandtheile der leichten Feldbäckereien werden auf Tragethieren fortgeschafft, die einzelnen

Theile der Anstalten sind verschiedenen Erfindern und den nach ihnen benannten Systemen entnommen.

(8) Für die Feldbekleidung der Kolonial-Infanterie und Artillerie sind neben den aus blauer Leinwand angefertigten Stücken khakifarbene eingeführt. Die letzteren sollen gewöhnlich, die ersteren Sonntags und zur Parade getragen werden, jedoch nur so lange wie die vorhandenen Bestände reichen. Die Strafabtheilungen behalten die blauen Anzüge.

(9) Ein baumwollener Nackenschutz, welcher dazu dienen soll, in der heissen Jahreszeit die Wirkung der Sonnenstrahlen abzuschwächen, ist durch kriegsministeriellen Erlass für alle Truppengattungen im Inlande, die Kavallerie ausgenommen, eingeführt, wogegen die Verwendung von Schnupftüchern für den gleichen Zweck untersagt ist. (Le Gaulois No. 7906.) Die Ausnahme der Kavallerie steht vermuthlich im Zusammenhange mit einer geplanten Umuniformirung der Waffengattung, welche bei dieser Gelegenheit allgemein einen Helm mit Vorder- und Hinterschirm als Kopfbedeckung erhalten soll.

(10) In Frankreich sind als Ambulanzwagen Motorwagen mit einer anscheinend sehr zweckmässigen Einrichtung eingeführt worden. Red.

5. Russland.

1) Sanitätsdienst beim russischen Korps der Grenzwache. W. m. J. Heft 7. — 2) Bestimmungen über die Bücherei der Militär-Medizinischen Akademie. W. m. J. Heft 1. — 3) Organisation der Mannschafts-Zahnpflege. W. m. J. Heft 1. — 4) Maassnahmen zur Bekämpfung des Skorbuts. W. m. J. Heft 2. — 5) Legate für die militärärztliche Akademie. W. m. J. Heft 3. — 6) Ueberkleider für das medizinische und Pflegepersonal der Lazarethe. W. m. J. Heft 7. — 7) Transport ansteckender Kranker. W. m. J. Heft 7. — 8) Pflege geisteskranker Offiziere. W m. J. Heft 10. — 9) Allerhöchste Erlasse betreffend militärärztliche Akademie und Militärhospital Kiew. Stipendien. W. m. J. Heft 11. — 10) Allmählicher Ersatz des Branntweins in der Armee durch Thee. W. m. J. Heft 9 und 12. — 11) Zur Frage der Reinigung der Mannschaftswäsche. W. m. J. Heft 12.

(1) Konowalow schildert den Sanitätsdienst beim russischen Korps der Grenzwache als ausserordentlich beschwerlich und weitläufig. Die Grenzwache besteht aus 3600 Mann, die in 1029 Einzelposten von 8 bis 10 Mann auf 14 000 Werst vom Weissen Meer bis zum Pamir vertheilt sind. Wohnungs- und Wasserverhältnisse sind oft erbärmlich; der Dienst der Leute ist ein aufreibender. Die sanitäre Fürsorge ist erst seit 1896 geregelt: 31 Lazarethe und 60 Krankenstuben für 60 Offiziers- und 1145 Mannschaftsbetten eingerichtet. Dazu 3 Kurorte, davon 1 für Malariakranke (Kaukasus), 1 für Syphilitische (Schwefelbad Bussko) und 1 für Rheumatiker (Schlamm- und Seebad Eupatoria), 33 ältere, 40 jüngere Aerzte, 128 Mann Unterpersonal, Verpflegungskomitee.

(2) Die Bücherei besteht aus einer Büchersammlung, dem Lesezimmer und der Bücherausgabe mit Buchhandlung. Sie steht unter einem Aufsichtsrath von Professoren und Studenten; die unmittelbaren Geschäfte leitet ein Vorstand (1 Lehrer der Akademie und 10 Studenten, darunter 1 Kassirer und 1 Sekretär). Amtsdauer 1 Jahr.

Der Vorstand regelt die Leseordnung, besorgt den Ankauf und Umtausch der Bücher und kann auch Bücher, Dissertationen und Vorlesungen herausgeben und zum Verkauf stellen. Ein Bibliothekar ist mit Gehalt angestellt, den Büchervertrieb besorgt ein Verkäufer.

Alle Gelder werden in der kaiserlichen Sparkasse aufbewahrt, der Kassirer erhält Vorschüsse von 50 Rubeln und legt Rechnung. Der Vorstand erstattet semesterweise Bericht. Die Erhebung von Sparkassenbüchern wird kommissarisch gegengezeichnet. Ausserdem besteht eine Revisionskommission von 5 Studenten.

(3) Dr. Sorotschinski macht Vorschläge zur Organisation der Mannschafts-Zahnpflege. Er führt aus, dass die vorgeschriebenen Zahninstrumente nur zu Extraktionen genügen, dass aber nach den gewonnenen Zusammenstellungen etwa der 5. Theil der Mannschaften Plombirungen nöthig hat, was gerade im Alter bis zu 25 Jahren wichtig sei.

Die Kenntniss dieser Technik muss der Militärarzt beherrschen; die Ansicht, dass der Gebrauch der Bohrmaschine entwürdigend wirke, wird energisch bekämpft. Die Technik des Plombirens wird eingehend beschrieben; die Anschaffungskosten für die nöthigen Instrumente und Arzneien werden auf etwa 130 bis 140 Rubel berechnet.

(4) Durch Verfügung des Kriegsraths vom 23. 5. 1900 wird bestimmt, dass einige Truppentheile im Bezirk Kasan und Turkestan als Zugabe zur Verpflegung Weinessig und Fruchtsäuren erhalten, andere Citronensäure, 1/4 Solotnik, d. i. etwa 1,1 g pro Tag und Kopf. Diese Maassnahme soll zur Bekämpfung des Skorbuts dienen.

(5) Die kaiserliche militärärztliche Akademie erhält ein Legat von 780 Rubeln für die Irren- und Nervenklinik. Gestiftet ist dasselbe durch Elisabeth Karlowna Kardinska geb. Freimuth. Es soll a) zur Unterstützung bedürftiger Patienten bei der Entlassung dienen, b) zur unentgeltlichen Arzeneiverpflegung armer poliklinischer Patienten, c) für alle wissenschaftlichen Bedürfnisse des medizinischen Personals der Akademie, d. i. Arbeiten, Zeichnungen, Zeitschriften, Prämien und dergl.

Eine weitere Stiftung für die militärärztliche Akademie bildet das Vermächtniss der Wittwe des Staatsraths Dr. Majew, in Gestalt von 2500 Rubeln zur Bestreitung von Kollegiengeldern für arme Studenten.

(6) Durch kaiserliche Verfügung sind für das medizinische und Pflegepersonal aller Kriegs- und Friedenslazarethe, Cholera-Abtheilungen und Veterinärlazarethe Ueberkleider zu beschaffen, und zwar für die oberen Klassen aus weissem oder grauem Leinen, Hanf- oder Baumwollgewebe, für Feldschere und Krankenwärter aus dem vorschriftsmässigen Baumwolldrell. Zu diesem Zwecke sind die in den Magazinen der Intendantur vorhandenen gleichartigen Soldatenschlafröcke entsprechend umzuändern.

(7) Es wird bestimmt, dass ansteckende Kranke niederer Chargen, welche sich ordnungsmässig auf Urlaub befinden, vom Bezirkskommando in die Heimath befördert werden.

(8) Eine Verfügung des Generalstabes vom 24. Juli bestimmt, dass die Frage, ob es erlaubt sei, einen geisteskranken Offizier der Pflege seiner Verwandten zu überweisen, der Chefarzt im Einvernehmen mit dem Vorstand der psychiatrischen Abtheilung zu entscheiden hat.

(9) Bei der elektrischen Untersuchungsstation der kaiserlichen militärärztlichen Akademie wird die technische Kontrolle einem Professor oder Privatdozenten der Physik übertragen. Die Kosten hierfür werden mit

1500 Rubeln berechnet (300 für Versuche und Versuchsmittel, 1200 für den Professor und die von ihm Beauftragten.)

Die geburtshülfliche Abtheilung des Militärhospitals in Kiew erhält eine umfangreiche Ausrüstung. Die Aufnahme umfasst unterschiedslos Angehörige von Offizieren und Beamten, kann aber auch auf solche von Mannschaften ausgedehnt werden.

Ein zur Erinnerung an den Bezirks-Militärmedizinalinspektor Geh. Rath Dr. Geltowski gestiftetes Stipendium von 1582 Rubeln ist bestimmt für Studienzuschüsse an würdige und absolut bedürftige Kinder von Militärärzten, Rossärzten und Pharmazeuten.

(10) Der allmähliche Ersatz des Branntweins in der Armee durch Verabfolgung von Thee an die Truppen ist durch mehrere Allerhöchste Verfügungen und militärärztliche Litteratur eingeleitet.

Nachdem die Theeverpflegung unterm 16. April im Militärbezirk Turkestan eingeführt, wird sie durch Verfügung vom 3. Mai auch auf mehrere andere Militärbezirke ausgedehnt, und zwar in dem Umfang von 78 Solotnik (d. i. 333 g) Thee und 2 Pfund 42 Solotnik (917,2 g) Zucker für 100 Mann pro Tag. Marschzulage wird noch extra gegeben.

Der Hauptartikel in der Litteratur stammt von B. J. Troitzki (Arzt der 3. Orenburgschen Kosakenbatterie).

B. J. Troitzki führt nach Besprechung der internationalen Litteratur aus, dass die Soldaten Skobeleffs, welche statt Schnaps Thee erhielten, stets sehr leistungsfähig waren, und weist auch auf Nansens Erfahrungen hin. Besonderen Werth legt er auf die 33jährigen Versuche des Militär-Medizinalinspektors von Kasan, W. N. Radakow, der von Wolhynien bis Sachalin bei 30° Kälte bis 30° Hitze, in Krieg und Frieden, in Spitälern und Lazarethen Beobachtungen gemacht hat. Besonderes Material lieferten auch der russisch-türkische Feldzug und der Amur-Bezirk.

Die Schnapslieferungen wurden auf Festtage beschränkt, bei Märschen und anderem schwerem Dienst wurde nur Thee gegeben, und die Fleischlieferung um 1 Pfund erhöht.

Im türkischen Kriege arbeiteten Aerzte und Sanitätspersonal des 11. Armeekorps bei Simnitza 16 Stunden lang ohne jeden Branntwein und versorgten in dieser Zeit 800 Verwundete. Bei einer damaligen Typhusepidemie wurde nur die Fleischportion erhöht, auch bei Port Arthur kam man ohne Alkohol aus.

Der russische gemeine Mann trinkt unverständig und periodisch. Erleichtert wird es ihm durch allerhand staatliche Einrichtungen (fiskalischen Getränkeverkauf u. s. w.). — Der Ersatz des Schnapses durch Thee ist sehr billig. In der Volksspeisehalle am Viehhof in Petersburg erhält man für 1 Kopeken 3 Tassen fertigen Thee und 1 Stück Zucker. — Den Ersatz durch Bier verwirft Verfasser aus Gründen des Alkoholgehalts, der Lebensgewohnheiten und des Unterschiedes zwischen russischem und deutschem Bier.

Mit einem Male lässt sich der Branntweingebrauch in der Armee nicht aufheben, man schränkt ihn aber ein durch ablenkende Beschäftigungen (Kegel-, Billard-, Damespiele) für die Leute.

Der Thee muss in besonderen Magazinen aufbewahrt werden.

(11) Im Jahre 1896 ist beim Agulginskischen Reservebataillon bei der Stadt Pjatigorsk zum Zweck eines wirthschaftlichen Versuches eine Waschanstalt zum Reinigen der Mannschaftswäsche erbaut worden. Be-

schrieben ist dieselbe im Januarheft W. m. J. 1897. Erst jetzt lässt sich eine Uebersicht über die Ergebnisse gewinnen.

Die Mannschaftswäsche wird auf zweierlei Art gewaschen: 1. nach der sogenannten französischen Methode, d. h. durch Auskochen der schmutzigen Wäsche in Wasser mit einem Zusatz von Seife und Kerossin und 2. mit der Waschmaschine „Niagara". Beide Methoden haben sich gut bewährt. Die Wäsche wird sauber, reisst nicht und, was die Hauptsache ist, wird desinfizirt. Denn abgesehen von der vorherigen Auskochung der Wäsche beträgt die Temperatur des aus der oberen Oeffnung der Kappe der „Niagara" ausströmenden Dampfes 97° C. — Die komplizirtere französische Methode erfordert viel Zeit, viel Wasser und viel Heizmaterial. Die Reinigung mit „Niagara" ist prompter, schneller und kann am beliebigen Orte (auch im Lager) vorgenommen werden. Dagegen eignet sie sich für sehr grosse Gegenstände, Matratzenüberzüge u. s. w. nicht, sondern mehr für Hemden, Handtücher und dergleichen. Die grösseren Stücke werden nach der französischen Methode gewaschen.

Zum Trocknen der Wäsche wurde neben der Waschanstalt unter einem Schutzdach eine Trockenanstalt von 3 Etagen erbaut; im Winter wird der Trockenapparat „Helios" benutzt.

Die Reinigungsarbeiten werden unter der unmittelbaren Aufsicht eines Offiziers ausgeführt, dessen Kommando alle Monat wechselt. Demselben ist ein Unteroffizier beigegeben. — Den Mannschaften ist verboten, die Wäsche anderweitig reinigen zu lassen. Die Reihenfolge der Kompagnien ist durch Bataillonsbefehl geregelt — jede Kompagnie etwa 2 Tage. Die nicht in der Front Stehenden, die Schneiderwerkstatt und die Spielleute waschen zusammen. Auf diese Weise kommt jede Kompagnie bezw. Abtheilung 2 mal im Monat an die Reihe. In den Kompagnierevieren u. s. w. sind besondere Kästen für die schmutzige Mannschaftswäsche vorhanden. An den Waschtagen werden dieselben durch 6 Mann nach der Anstalt gefahren. Die Wäsche wird in gefärbte und ungefärbte sortirt; erstere, sowie besonders stark beschmutzte Wäsche wird erst nach der übrigen gewaschen.

Das Waschen beginnt um 7 Uhr vormittags und schliesst um 5 Uhr nachmittags. Jede Niagaramaschine liefert in dieser Zeit 500 Stück. Bei günstigem Wetter im Sommer kann eine Kompagnie einschliesslich des Trocknens an 1 Tage, im ungünstigen Falle (Winter) erst in 3 Tagen fertig werden.

Nach jeder Wäsche wird in der Bataillonskanzlei Alles einer Besichtigung unterzogen, was auf die Leute auch erziehlich einwirkt.

Die grösste beobachtete Tagesleistung einer Kompagnie ergab 890 Stück Wäsche, die geringste 190, die monatlich gewaschene Gesammtmenge jeder Kompagnie 1000 bis 1900 Stück.

Im mittleren Jahresdurchschnitt kamen auf je 100 Stück Wäsche: an Seife rund 1,89 Pfund (russisches Pfund = 409 g), an Soda 0,21 Pfund, an Kerossin 0,19 Pfund, an Wasser 35,37 Eimer, an Anthracit zum Heizen 0,77 Pud (1 Pud = 16,38 kg), das ist an Gesammtkosten 32,87 Kopeken, somit für jedes Stück 0,33 Kopeken (nach den dortigen Ortspreisen berechnet), d. i. 0,75 Pfennig.

Die Hauptkosten entfallen auf die Heizung (Anthracit), welche fast bei jeder Wäsche die gleichen sind: bei grossen Wäschemengen stellt sich der Durchschnitt etwas billiger, als wenn für ein kleines Wäschequantum

geheizt werden muss, z. B. bei 890 Stück 0,23 Kopeken = 0,5 Pfennig, bei 190: 0,51 Kopeken = 1,2 Pfennig.

Die hygienische Bedeutung leuchtet sowohl in ihrer direkten wie indirekten Einwirkung auf die Truppe ohne Weiteres ein und macht eine Ausdehnung dieser Einrichtung auch auf grössere Garnisonen wünschenswerth. Blau.

6. England.

Siehe auch unter VIII. (Südafrikan. Krieg).

1) Widenmann. Ueber Reorganisation des englischen Sanitätskorps. D. m. Z. 1902, S. 229. — 2) Watson Cheyne. The organisation of medical aid in a great war. B. m. J. S. 1558. — 3) Verbesserung der Krankentransportwagen. B. m. J. No. 2107. — 4) Mindest- und Höchstmaasse für Dragoner und Husaren. M. W. Bl. No. 94. — 5) Belastung des englischen Truppenreitpferdes. M. W. Bl. No. 39. — 6) Veränderungen in Bekleidung und Ausrüstung. v. L. J. S. 101. M. W. Bl. No. 18, 80, 86, 113.

(1) „The Lancet" veröffentlicht den Bericht des vom Kriegsministerium eingesetzten Komitees, welches die Reorganisation des englischen Sanitätskorps zu berathen hatte. Dem Komitee gehörten der Kriegsminister Brodrick als Vorsitzender und Oberst Sir E. Ward, Unterstaatssekretär des Krieges, als stellvertretender Vorsitzender an, ferner Generalmajor Sir de Morton, Oberst Sir Willcock, Sir Treves, Sir Thomson, Generalarzt Hooper, Generaloberarzt Klogh, Mr. Makins, Mr. Fripp, Mr. Tooth, Prof. Ogston, Mr. Perry und Oberstabsarzt James (letzterer als Sekretär).

Die Hauptsätze des sehr ausführlichen Berichtes sind folgende: Das Sanitätskorps der Armee soll unter Aufsicht einer berathenden wissenschaftlichen Deputation — advisory board for army medical service — gestellt werden, welche sich aus dem Generalstabsarzte als Vorsitzendem, dem stellvertretenden Generalstabsarzt, einem Sanitätsoffizier mit besonderer Kenntniss der Hygiene, einem Sanitätsoffizier mit besonderer Kenntniss der tropischen Krankheiten, 2 civilen internen, 2 civilen chirurgischen Aerzten, 1 Vertreter des Kriegsministeriums, 1 Vertreter des Ministeriums für Indien und der Oberin der militärischen Schwestern (letztere nur für den Schwesterndienst) sich zusammensetzt. Der advisory board ist technisch-berathende Behörde für das Kriegsministerium und soll demselben Vorschläge aus dem ganzen Gebiete der sanitären Interessen der Armee machen. Der board überwacht die Zulassung der Kandidaten für das Sanitätsoffizierkorps und bestellt die Examinatoren für deren Prüfung.

Der Generalstabsarzt (director-general) wird vom Kriegsminister ernannt auf Vorschlag des Oberstkommandirenden der Armee, welcher dabei von dem advisory board berathen wird. Er ist verantwortlich für die Ausführung des Armee-Sanitätsdienstes.

Der Kandidat des Sanitätsoffizierkorps muss britischer Unterthan von europäischem Blute und jünger als 28 Jahre sein, und muss sich über seinen Leumund und seine medizinische Vorbildung durch amtliche Zeugnisse ausweisen. Besteht er die theoretisch-praktische Eintrittsprüfung in Medizin und Chirurgie, so wird er zum Lieutenant on probation ernannt und hat in Netley einen zweimonatigen Kursus in Hygiene und Bakteriologie durchzumachen. Nach entsprechender Prüfung folgt eine dreimonatige Uebung in Aldershot im Front-Krankenträger- und Lazarethdienst. Besteht er die darauffolgende Prüfung, so wird er als

Leutnant bestätigt. Nun wird er einem Truppentheil zugetheilt und gleichzeitig in einem Lazareth beschäftigt. Nach drei Jahren kann er seinen Abschied nehmen und in der Reserve für 7 Jahre weiter dienen, wofür er jährlich 500 Mk. erhält. Bleibt er aktiv, so wird er auf sechs Monate zu seiner weiteren Ausbildung in ein Militärspital in einem militärischen Centrum kommandirt, wo er zugleich Fortbildungskurse in einer Civilanstalt erhält. Er hat dann eine Prüfung in Medizin, Chirurgie, Hygiene, Bakteriologie und Tropenkrankheiten abzulegen, nach deren Bestehen er zum Hauptmann befördert wird und je nach deren Ausfall um 3 bis 18 Monate vorpatentirt werden kann. Er macht jetzt einen kurzen Kursus im Feld-Sanitätswesen durch und wird dann vom Generalstabsarzt garnisonirt. Nach sechsjähriger Dienstzeit als Captain kann er entweder mit einer Gratifikation von 20 000 Mk. abgehen oder nach einer erneuten sechsmonatigen fachwissenschaftlichen Ausbildung in einem anerkannten Civilspital, wozu ihm durch Kommandirung an entsprechend gelegenes Militärlazareth Gelegenheit gegeben wird, sich einer eingehenden Prüfung in Medizin, Chirurgie, Hygiene, Bakteriologie, Tropenkrankheiten, Dienstkenntniss und einem der vorbezeichneten Spezialfächer (darunter auch Geburtshülfe und Gynäkologie) nach freier Wahl behufs Beförderung zum Major unterwerfen, welche nach zwölfjähriger Dienstzeit eintreten kann. In diesem Dienstgrade erhält er nach drei Jahren ein höheres Gehalt und kann nach drei weiteren Jahren mit einer Gratifikation von 50 000 Mk. seinen Abschied nehmen. Unterzieht er sich dann einer weiteren Prüfung — Friedens- und Feldlazarethverwaltung, Hygiene, Rekrutirung, Invalidisirung, medizinische Geschichte der neueren Feldzüge u. s. w. —, so kann er (durch Auswahl) zum Oberstleutnant befördert werden; im Falle des Nichtbestehens der Prüfung wird er zwangsweise mit einer Gratifikation von 50 000 Mk. verabschiedet, oder er kann (mit Erlaubniss des Kriegsministers) 20 Dienstjahre noch vollenden und sich dann pensioniren lassen.

Auch die Beförderung zum Oberst und Generalmajor geschieht durch Auslese. Im Uebrigen sind Vorpatentirungen für besondere Verdienste in jedem Ranggrade zulässig.

Jedes Armeekorps soll eine Krankenträger-Kompagnie und ein Feldhospital im Stabsquartier zur praktischen Ausbildung der Sanitätsoffiziere und Mannschaften haben. Leichtkranke sollen künftig in Kasernenrevierstuben ambulant behandelt werden. Konsultirende Chirurgen und Mediziner werden von dem advisory board ernannt und sollen den Militärlazarethen auf Requisition zur Verfügung stehen. Für die Zwecke des Unterrichtes sind schwere Fälle thunlichst in den grösseren Lazarethen zu konzentriren.

Die vorgeschlagenen Jahresgehaltssätze (einschl. Servis u. s. w.) betragen:

Leutnant	6 470 Mk.,	Oberstleutnant . . .	14 275 bis 16 095 Mk.,
Hauptmann	7 595 bis 8 000 bis 9 555 Mk.,	Oberst	19 270 Mk.,
Major	11 752 bis 12 652 Mk.,	Generalmajor . . .	30 000 Mk.,
		director-general . .	40 000 Mk.

Für den Lazarethdienst werden Tageszulagen von 2½ bis 10 Mk. vorgesehen. Die Pensionssätze bleiben die früheren.

„The Lancet“ führt diesen Bericht mit einem Leitartikel ein, in welchem er seine lebhafte Befriedigung ausdrückt, dass der ernsthafte Versuch gemacht werde, die Klagen zu beseitigen, welche bisher den Dienst im Sanitätskorps der Armee unpopulär gemacht hätten. Er findet wohl, dass es künftig der Examina fast zu viel sein würde, bezeichnet aber die Verbesserung der wissenschaftlichen Ausbildung, die den engeren Verband mit der Civilmedizin, die Erhöhung der Gehälter und die Einführung von Gratifikationen für die Abgehenden als so wesentliche Fortschritte, dass künftig der Eintritt in das Sanitätskorps der Armee jedem strebsamen Mediziner ein schönes Feld der Thätigkeit eröffnen würde.

Das „B. m. J.“ bemängelt vor Allem die Stellung des advisory board, welcher wohl eine berathende und überwachende Thätigkeit habe, aber keine Gewähr, dass seine Vorschläge und Ausstellungen auch wirklich berücksichtigt würden. Solange der Generalstabsarzt nicht ex officio einen Sitz im army board erhalte, könne das Sanitätskorps niemals die ihm gebührende Stellung in der Armee einnehmen. Die Ueberbürdung mit Examina sei in dem Entwurf so gross, dass, bevor ein Sanitätsoffizier den Ruhehafen eines Oberstleutnants erreiche, er in Zukunft fast ebensoviel Zeit mit Prüfungen verbringe, wie ein chinesischer Mandarin.

Widenmann.

(2) Ch., der bekanntlich als konsultirender Chirurg in Südafrika gewirkt hat, ist der Ansicht, dass sich das Sanitätsoffizierkorps Englands im Frieden niemals so stark vermehren lasse, dass man für einen grossen Krieg die Anstellung von Civilärzten entbehren könne. Das ist sicher richtig, da ja England keine Sanitätsoffiziere der Reserve und Landwehr hat. Dann sei es aber nöthig, die aktiven Militärärzte in der Front, die Civilärzte in den grossen Lazarethen zu verwenden. Und zwar sollen in letzteren ältere Chirurgen und Aerzte von hoher wissenschaftlicher Bedeutung an die Spitze der Lazarethe und der einzelnen Stationen gestellt werden, jüngere Leute als Assistenten wirken. In Lazarethen sollen nur Pflegerinnen, in der Front nur männliche Pfleger und Träger verwendet werden. Auf diese Weise würden auch die konsultirenden Chirurgen und Aerzte überflüssig gemacht, es müsse eine regelmässige Listenführung mit alljährlichen Aenderungen eingeführt werden.

Berechtigten Beschwerden der aktiven Militärärzte gegen diese Einrichtung, welche ihnen die Möglichkeit nehmen würde, in den grossen Kriegslazarethen sich auszubilden, sei dadurch zu begegnen, dass man dem Streben derselben nach höherer wissenschaftlicher Qualifikation durch Abkommandirung in Kliniken im Frieden entgegenkomme und dann die leitenden Stellen an den Kriegslazarethen auch mit diesen spezialistisch gebildeten Militärärzten besetze.

Lühe.

(3) Da sich die in der englischen Armee eingeführten Krankentransportwagen auf dem südafrikanischen Kriegsschauplatze in mancher Beziehung als unzweckmässig erwiesen haben, hat man an leitender Stelle die Einführung einer verbesserten Konstruktion in Erwägung gezogen. Vorläufig hatte die Vereinigung der Wagenbauer ein Preisausschreiben für geeignete Modelle erlassen. Die Preisvertheilung hat unter Zuziehung militärischer Sachverständiger kürzlich stattgefunden. Der erste Preis fiel auf eine Konstruktion, die ausser zwei längsgestellten Tragen noch die Unterbringung von quergestellten ermöglicht. Diese Anordnung der Tragen senkrecht zur Längsaxe scheint auch der Grundsatz zahlreicher anderer, nicht preisgekrönter Modelle gewesen zu sein, während die Ein-

richtung von zwei übereinander liegenden Böden für Krankentragen aufgegeben zu werden scheint. Um die Bodenfläche des Krankenwagens besser ausnutzen zu können, soll ein surgeon-lieutenant-colonel Squire vor längerer Zeit den Vorschlag gemacht haben, die Seitenwände der Wagen zum Niederlassen einzurichten, so dass der auf diese Weise vergrösserte Boden über die Räder hinausragt. Diesen Vorschlag hatten die meisten der Preisbewerber durchgeführt, da durch diese Einrichtung die Queraufstellung der Tragen wesentlich erleichtert wird.

(4) Für die Dragoner und Husaren sind neue Mindest- und Höchstmaasse im Sinne der Verkleinerung gesetzt. Fortan müssen Dragoner unter 20 Jahren zwischen 5 Fuss 5 Zoll und 5 Fuss 7 Zoll, von 20 Jahren und ältere aber zwischen 5 Fuss 6 Zoll und 5 Fuss 8 Zoll messen; Husaren unter 20 Jahren zwischen 5 Fuss 2 Zoll und 5 Fuss 5 Zoll; von 20 Jahren und älter zwischen 5 Fuss 4 Zoll und 5 Fuss 6 Zoll.

(5) Zu den häufig in Bezug auf den südafrikanischen Krieg vorgebrachten Klagen gehört die, dass das englische Truppenreitpferd zu schwer belastet sei. Ein englischer Offizier, der wiederholt an der Jagd auf de Wet theilgenommen, hat das Durchschnittsgewicht durch genaue Ermittelungen auf 127,3 kg festgestellt. Dagegen waren die Pferde de Wets durchschnittlich mit nur 76,1 kg belastet. Die berittenen britischen Truppen waren zu einem ausgiebigen Galopp überhaupt nicht mehr im Stande. Das kam zum Theil freilich auch davon, dass die nach langer Seereise anlangenden berittenen Truppentheile und Remonten in grösster Eile alsbald zur Front geschickt wurden.

(6) Die Erfahrungen des südafrikanischen Krieges haben einige wichtige Veränderungen in Bekleidung und Ausrüstung herbeigeführt. Die Ausgabe der neuen Uniform für das gesammte Heer ist noch nicht erfolgt. Vorläufig ist nur für die Schützen-Bataillone die Einführung von khakifarbenen Helmen nach dem für die Infanterie vorgeschriebenen Muster angeordnet, die neue Imperial Yeomanry ist mit einer neuen Uniform von Khakiserge ausgestattet. Durch Armeebefehl ist die Abschaffung des Säbels und Seitengewehrs für die Unteroffiziere und Mannschaften der reitenden und Feldartillerie sowie die der Säbeltaschen und der stählernen Schulterketten angeordnet worden. In Zukunft erhalten alle Soldaten unter dem Dienstgrad des Sergeanten Drillichanzüge für den Arbeitsdienst. Red.

7. Schweiz.

1) Sanitätsdienstordnung der schweizerischen Armee. Abschn. I—V. 1901. — 2) Die Schulen für die (schweizerische) Sanitätstruppe im Jahre 1901. A. Sch. M. Z. No. 4. — 3) Die Unfallversicherung der schweizerischen Armee. A. Sch. M. Z. No. 2. — 4) Rekrutirung. M. W. Bl. No. 47. 108. — 5) Das kurze Gewehr M. 1889/1900. M. W. Bl. No. 41.

(1) Das vom schweizerischen Bundesrathe am 15. Juni 1901 genehmigte neue Sanitätsreglement stellt sich in seinen ersten fünf Abschnitten als eine völlig auf der Höhe der Zeit stehende Vorschrift dar.

Die bezeichneten Abschnitte behandeln: 1. Die allgemeinen Bestimmungen und Aufgaben des Sanitätsdienstes bei der Armee; 2. den Bestand, die Gliederung, Vertheilung, Rechte und Pflichten, Rekrutirung, Unterricht, Ernennungen und Beförderungen sowie Aufgebot und Beurlaubung der Sanitätstruppe; 3. den Bestand, die Anschaffung, Unterbringung, Ver-

waltung und Inspektion des Sanitätsmaterials; 4. den Sanitätsdienst bei den Truppen in der Ruhe, in der Bewegung und im Gefechte; 5. den Lazareth- und Ambulanzendienst.

Die weiteren Abschnitte sind noch in Bearbeitung.

Gegenüber dem früheren „Reglement über den Sanitätsdienst" vom Jahre 1887 zeigt die neue Vorschrift manche Aenderung. Glücklicherweise ist die Organisation der schweizerischen Militär-Sanität unangetastet geblieben, und steht diese nach wie vor mit ihrer einheitlichen, von ärztlichen Offizieren kommandirten und allen übrigen Truppengattungen gleichberechtigten Sanitätstruppe für viele andere Armeen mustergiltig da.

Der Sanitätsdienst ist ausdrücklich nach Linien gegliedert, und zwar bilden das bei den Truppen eingetheilte Sanitätspersonal die erste „Sanitäts-Hülfslinie"; die Korps- und Divisionslazarethe stellen die zweite, die stehenden Spitäler endlich die dritte Sanitäts-Hülfslinie dar. Den Transport der Kranken und Verwundeten aus den Feld-Sanitätsanstalten (2. Linie) in die stabilen Spitäler (3. Linie) besorgen die Transportkolonnen, Eisenbahn-Sanitätszüge, Sanitäts-Hülfszüge, die gewöhnlichen Züge, Dampf- und Schleppschiffe.

Von den wichtigeren Neuerungen seien folgende hervorgehoben:

Die Schaffung einer Armee-Sanitätskommission, die aus dem Ober-Feldarzte, Armeearzte, Oberinstruktor, Ober-Etappenarzte und den Korpsärzten besteht und der die Mitwirkung bei Ausarbeitung der sanitären Vorschriften und dergl. zukommt.

Bei den Pflichten der dienstleitenden (früher „dirigirenden") Militärärzte ist nunmehr genau präzisirt, dass sie die fachtechnischen Vorgesetzten des gesammten bei ihrem Truppenverbande eingetheilten Sanitätspersonales sind, dass dieses aber beim Eintritte ins Gefecht und zur Durchführung gewisser Aufgaben auch militärisch unter den Befehl der dienstleitenden Aerzte tritt.

Entsprechend der vor wenigen Jahren erfolgten Aufstellung von Armeekorps-Kommandanten sind jetzt auch die Obliegenheiten der Korpsärzte angeführt und ebenso jene der Chefärzte der Besatzungstruppen sowie der Abtheilungsärzte bei der Festungsartillerie neu aufgenommen.

Bei den Sanitätsanstalten ist an Stelle der Bezeichnung „Chef" das Wort „Kommandant" getreten.

Während früher die angehenden Sanitätsoffiziere ihre Rekrutenschule bei der Infanterie durchmachten, werden sie jetzt gleich zur Sanitätstruppe eingetheilt und müssen bei dieser die Rekruten-, Unteroffiziers- und Offizierbildungsschule ableisten, so dass sie auch den Dienst des Sanitätssoldaten in allen Abstufungen praktisch kennen lernen. Die Mediziner absolviren die Rekrutenschule als junge Studenten, die Unteroffiziersschule nach dem propädeutischen Examen, die Offizierbildungsschule nach der Approbation als Arzt. Sämmtliche Militärärzte müssen während ihrer Offiziersdienstzeit einen „taktisch-klinischen" Kurs (früher Operationskurs) durchmachen.

Bemerkenswerth sind ferner die Bestimmungen für den Gefechtssanitätsdienst. Die Truppenverbandplätze werden von dem bei der Regimentsreserve bereitgestellten Sanitätspersonal regimentsweise aufgestellt, wenn das Gefecht zum Stehen gekommen ist. Den Befehl hierzu giebt der dienstleitende Arzt eventuell nach Weisungen des militärischen Kommandanten. Bei jeder Kompagnie bleibt ein Krankenwärter auch im

Gefechte. Die Krankenträger werden vom Chef des Truppenverbandplatzes ausgesendet, sowie die Verhältnisse das Vorgehen gestatten.

Bei den Korps- und Divisionslazarethen, deren Einheit die „Ambulanz" ist, werden die taktischen Formationen genau festgestellt. Man kennt: Sammelformationen (Linie, Ambulanzkolonne und Kolonne), dann Marschformation (Kolonne) und die Formation im Biwak (Park). Die Zahl der Hauptverbandplätze wird durch die Truppenstärke, Ausdehnung der Gefechtsfront und das Gelände bestimmt, doch sind für eine Truppen-Division nicht mehr als zwei Hauptverbandplätze nöthig. Der Ort wird über Antrag des dienstleitenden Arztes vom Kommando bestimmt, darf aber nicht weiter als 5 km von der Feuerlinie entfernt sein. Die Zeit zur Etablirung ist gekommen, wenn sich auf den Truppenverbandplätzen bereits eine grössere Anzahl Verwundeter angesammelt hat und die Evakuationsstrassen nicht mehr unter dem Fehlfeuer stehen. — Für den Dienst bei den einzelnen Gruppen des Hauptverbandplatzes werden genaue Vorschriften gegeben.

(2) Im Jahre 1901 wurden folgende Schulen und Kurse für die Sanitätstruppe abgehalten:

A. Rekrutenschulen: 3 Schulen für deutsch, 1 für französisch sprechende Rekruten. Dauer und Art wie im Vorjahre (Roths Jahresbericht für 1900, S. 17).

B. Wiederholungskurse: Auszug I. Armeekorps. Korps-Lazarethstab I und die Ambulanzen 4, 5, 9 und 10 mit einem Detachement der Sanitäts-Trainkompagnie 2 vom 6. bis 19. September in Mondon. II. Armeekorps. Divisions-Lazarethstab 3 und die Ambulanzen 11, 12 und 13 mit 2 Detachements der Sanitäts-Trainkompagnie 2 vom 2. bis 19. September in Herzogenbuchsee. Divisions-Lazarethstab 5 und die Ambulanzen 21, 22 und 23 ebenda. Vom 11. bis 19. September nahmen die genannten Sanitätsanstalten an den Divisions- und Korpsmanövern theil. — Vorbereitungskurse für Divisions-, Brigade- und Regimentsärzte des II. Armeekorps, und die Lazareth- sowie die Ambulanzkommandanten vom 24. bis 31. August in Langenthal.

Landwehr. Die Ambulanzen 16, 27 und 31, das Sanitätspersonal der Füsilier-Bataillone 121, 122, 125 bis 128, des Schützen-Bataillons 11 und 1 Detachement der Sanitäts-Trainkompagnie 2 vom 29. Juli bis 8. August in Wyl (St. Gallen).

C. Cadrekurse. 1. Spitalkurse wie im Vorjahre. 2. Unteroffiziersschule für deutsch und französisch sprechende Krankenwärter vom 20. April bis 17. Mai in Basel. 3. Offizierbildungsschulen: 2 für deutsch sprechende Aerzte, 1 für deutsch sprechende Aerzte sowie für deutsch und französisch sprechende Apotheker in Basel. Zeitdauer wie im Vorjahre. 4. Operationskurse: 2 für deutsch sprechende Offiziere in Lausanne und Genf.

D. Sicherheitsbesatzungen: am St. Gotthard: Ambulanz 37 vom 27. August bis 6. September in Airolo; von St. Maurice: Ambulanz 2 vom 4. bis 14. September in St. Maurice.

(3) Im Jahre 1901 wurde für die schweizerische Armee die Unfallversicherung während der Friedens-Dienstleistungen eingeführt. Die wichtigsten Bestimmungen sind folgende:

Sowohl für vorübergehende, als auch für bleibende Schädigung werden versichert: die Kurs- und Schulinspektoren, die Offiziere und Mannschaften, die mit Missionen ins Ausland betrauten Offiziere, das bei der Aushebung beschäftigte Personal, die Waffenkontrolleure, die Personen der Kriegs-

gerichtssitzungen, die Offiziersdiener und Putzer. Nur für bleibende Schädigung werden versichert: die Instruktoren für mit der Truppe geleistete Dienste, das ständige Personal der Festungswerke und die Personen der Pferderegieanstalt und der Remontedepots.

Obwohl nicht zur Armee gehörig sind in die Versicherung einbezogen: die Wehrpflichtigen bei Ausübung der Schiesspflicht in den freiwilligen Schiessvereinen, die Zeiger der freiwilligen Schiessvereine, die Wehrpflichtigen während der Kleider- und Waffeninspektion, die Instruktoren, Schüler und Zeiger des militärischen Vorunterrichtes.

Für Hitzschlag wird Versicherung geleistet, nicht aber für Wundreiten und Wundlaufen. Unterleibsbrüche werden nur entschädigt, wenn sie nachweisbar im Dienste entstanden sind, und die Beschädigten nicht schon früher ein Bruchband trugen, und in keinem Falle höher als die Durchschnittskosten einer Radikaloperation betragen würden.

Die Unfälle werden dem Ober-Feldarzt auf dem sanitätsdienstlichen Rapportwege zur Kenntniss gebracht. Die Truppenärzte haben über jeden Unfall, welcher zu Tod, Spitalaufnahme oder Dienstentlassung vor vollendeter Heilung führt, einen Spezialbericht, nach vorgeschriebenem Muster, dem Krankenrapporte beizulegen.

Der Ober-Feldarzt ist mit der Verwaltung der Unfallversicherung beauftragt. Er stellt die Anweisungen auf den bezüglichen Kredit an das Ober-Kriegskommissariat aus. Gegen die Entscheidungen des Ober-Feldarztes kann an das Militärdepartement (d. i. die oberste Militärbehörde), gegen dessen Entscheidungen an den Bundesrath rekurrirt werden.

Joh. Steiner.

(4) Strengere Anforderungen an die Körperbeschaffenheit der Rekruten, welche im Jahre 1900 gestellt wurden, haben zur Folge gehabt, dass von 33116 untersuchten jungen Leuten 16234 tauglich erklärt worden sind, während es im Jahre 1899 bei 17126 unter 33023 geschah.

Die diesjährige Rekrutirung hat bedeutend geringere Erträgnisse geliefert als die der Vorjahre. Während im Jahre 1897 etwa 14000, 1901 ungefähr 13000 Infanteristen eingestellt werden konnten, wird ihre Anzahl im Jahre 1902 nur 12000 betragen. Sämmtliche Studenten der Medizin werden auf Grund der neuen Sanitäts-Dienstordnung bei den Sanitätstruppen eingestellt und als Sanitätssoldaten ausgebildet. Die Zahl der Sanitätsrekruten wird dadurch alljährlich um etwa 75 höher werden.

(5) Das „Kurze Gewehr, M. 1889/1900", welches durch Bundesbeschluss vom 20. Juni 1900 für die Mannschaften der Positionsartillerie, der Festungstruppen, der Telegraphen-Kompagnien, der Ballon-Kompagnie und der Radfahrerabtheilungen eingeführt ist, wird in diesem Jahre zum ersten Male auf den Schiessstätten erscheinen. Sein Kaliber beträgt 7,5 mm, Verschlusssystem und Schiessbedarf entsprechen denen des Infanteriegewehrs gleichen Modells, von welchem es darin abweicht, dass es 593 mm statt 796 mm lang ist, 3,6 kg statt 4,3 kg wiegt, zur Aufnahme von sechs Patronen eingerichtet ist, keinen Absteller und das Stichbajonett der Geniewaffe hat. Die Treffsicherheit ist auf Entfernungen bis gegen 1000 m der des Infanteriegewehrs gleich. Red.

8. Niederlande.

1) Errichtung einer Eisenbahn- und Telegraphen-Kompagnie für das Niederländisch-Ostindische Heer. M. W. Bl. No. 99. — 2) Amtlicher Be-

richt über die Behandlung von erkrankten Heeresangehörigen für das Jahr 1900. M. W. Bl. No. 99.

(1) Die Errichtung einer Eisenbahn- und Telegraphen-Kompagnie für das Niederländisch-Ostindische Heer soll im Jahre 1902 zur Durchführung kommen und zwar in Stärke von: 1 Kapitän als Chef, 2 Leutnants, 1 Sergeantmajor, 1 Fourier, 4 Sergeanten, 4 Korporalen, 12 Geniesoldaten erster, 22 zweiter Klasse, sämmtlich Europäer. Dazu an Eingeborenen: 1 Sergeant, 2 Korporale, 1 Tambour, 2 Hornisten, 16 Geniesoldaten erster, 30 zweiter Klasse sowie 1 Sergeantmajor, 6 Sergeanten, 8 Korporale und 15 Geniesoldaten erster Klasse als Telegraphisten. Letztere sämmtlich Europäer.

(2) Aus dem amtlichen Berichte über die Behandlung von erkrankten Heeresangehörigen für das Jahr 1900 entnehmen wir, dass im Ganzen 34 888 Fälle ärztlicher Behandlung vorgekommen sind. Davon wurden geheilt: in den Militärlazarethen 17 226, in den Quartieren 15 493; als untauglich zum Militärdienst wurden entlassen 524, zur Herstellung ihrer Gesundheit beurlaubt 250, von nichtmilitärischen Sanitätseinrichtungen übernommen 773 Mann. Es starben 87 Kranke bezw. Verunglückte oder bei einer Durchschnittsstärke des Heeres von 28 133 Mann rund 1/3 pCt., darunter an Erkrankung der Athmungswerkzeuge und Tuberkulose 58 Mann. In ärztlicher Behandlung verblieben am 31. Dezember 1900 im Ganzen 535 Kranke, und zwar 294 in den Militärlazarethen und 241 in den Quartieren. Red.

9. Belgien.

1) Schutzvorrichtung, um Unglücksfälle durch Verletzungen mit der Lanze zu verhüten. M. W. Bl. No. 89. — 2) Neue Dienstordnung für Lazarethe. M. W. Bl. No. 75. — 3) Zahl der 1901 zur Einstellung gelangten Rekruten. M. W. Bl. No. 89.

(1) Eine Schutzvorrichtung, um Unglücksfälle durch Verletzungen mit der Lanze zu verhüten, wie ein solcher vor einiger Zeit beim 4. Lanciers-Regimente vorgekommen ist, wo bei einer Verfolgung ein Unteroffizier durchstossen und getödtet wurde, hat ein Herr A. Weyts zu Audenarde erdacht. Sie besteht in einer an der Lanzenspitze fest angebrachten Hülle (couvre-flêche).

(2) Eine neue Dienstordnung für die Lazarethe, welche wahrscheinlich gleichzeitig mit den bevorstehenden Aenderungen der Dienstverhältnisse der Intendantur am 1. Januar 1902 in Kraft treten wird, ist bestimmt, den Ansprüchen des Gesundheitsdienstes auf einen erweiterten Wirkungskreis, als ihm bisher eingeräumt war, Rechnung zu tragen. Dem Vorsteher des Lazareths verbleiben indessen der Befehl über das Verwaltungspersonal, die Aufsicht über das Kasernement und dergleichen mehr.

(3) Die Zahl der im Jahre 1901 in das Heer einzustellenden Rekruten beträgt 13 300. Davon kommen zur Infanterie 8994, nämlich 6546 zur Linie, 1404 zu den Jägern, 468 zu den Grenadieren, 576 zu den Karabinieren; 1218 zur Kavallerie, nämlich je 304 zu den Jägern und zu Guiden, 610 zu den Lanciers; 2190 zur Artillerie, nämlich 800 zur Feldartillerie, 1345 zur Festungsartillerie, 45 zu den Pontonieren; 526 zum Genie, 132 zum Train, 240 zum Verwaltungs-Bataillon. Red.

10. Schweden.

Bomann. Bericht über die Veränderungen im Sanitätswesen, welche in dem neuen Heerordnungsvorschlage enthalten sind. T.M.H. S. 63. —

Ueber den im Generalstab von einem Generalkomitee ausgearbeiteten Vorschlag zu einer neuen Formirung der schwedischen Armee macht Ernst Bomann folgende Mittheilungen: Die Armee soll fortan aus 6 Divisionen bestehen, welche normaler Weise jede 4 Infanterie-Regimenter zu 3 Bataillonen, 1 Kavallerie-Regiment zu 5 Schwadronen, 1 Feldartillerie-Regiment zu 3 Abtheilungen zu 3 Batterien zu 4 Geschützen (also das Regiment 9 Batterien mit 36 Geschützen), 1 Feldhaubitz-Abtheilung zu 2 Batterien zu 4 Haubitzen und 1 Trainkorps zu 2 Train-Kompagnien und 1 Sanitäts-Kompagnie umfassen werden. Geringe Abweichungen hiervon finden sich bei der 1., 3., 4. und 6. Division.

Die Uebungszeit umfasst für alle Wehrpflichtigen 365 Tage und vertheilt sich verschieden nach den Waffen auf eine Rekrutenübung und Wiederholungsübungen. Die Infanterie soll 8 Monate aktiv dienen, vom 1. November bis nächsten 3. Juli. Reserveübungen von 35 Tagen finden statt im 3., 4. und 5. Jahr vom 27. August bis 30. September, eine Landwehrübung von 15 Tagen, im 9. Jahr vom 2. bis 16. Oktober. Die Kavallerie, Feldartillerie und Pioniere dienen 40 Wochen aktiv vom 12. November bis 20. August, gleich danach Regimentsübung von 42 Tagen. Die Krankenträger werden beim Train zunächst militärisch wie die Infanterie ausgebildet, die Sanitätsmannschaften sollen zunächst 2 bis 3 Monate beim Train, alsdann in Lazarethen ausgebildet werden. Die Reserveübungen erfolgen beim Train, wo sie zusammen mit den Krankenträgern zu kriegsstarken Sanitätsformationen zusammengezogen werden.

Für das Sanitätskorps war eine erhebliche Vermehrung in Aussicht genommen. Es sollten 6 Divisionsärzte etatsmässige Stellen bekommen und im Ganzen die Anzahl der Militärärzte von 170 auf 214 vermehrt werden unter gleichzeitiger Aufbesserung des Gehalts. Namentlich sollte der Fonds für Reisestipendien von 2000 auf 3000 Kronen und der für Fortbildung der Militärärzte von 6350 auf 12000 Kronen vermehrt werden. Hierbei war besonders ein Kursus in Fachkenntnissen für angehende Militärärzte ins Auge gefasst. Der im Laufe des Jahres 1901 dem Reichstag vorgelegte Entwurf hat jedoch den vorbereitenden Kursus, die Erhöhung des Gehalts und des Fonds für Reisestipendien gestrichen. Ebenso ist zunächst noch von Einführung der Divisionsärzte abgesehen, dagegen eine Verbesserung der Quartiere auf den Uebungsplätzen in Aussicht genommen. Stechow.

11. Türkei.

1) Sanitätsdienst. v. L. J., S. 230. — 2) Besichtigung der Krankenträger. v. L. J., S. 238.

(1) Nach der Felddienstordnung soll jeder Truppentheil seine Sanitätsoffiziere und Lazarethgehülfen haben, jeder Soldat ein Verbandpäckchen, jedes Infanterie-Bataillon 8 Tragbahren, jedes Kavallerie-Regiment 4, jede Batterie 2. Zum Transport dieser letzteren sowie der Arznei- und Verbandmittel für ärztliche und rossärztliche Zwecke hat jedes Infanterie-Bataillon, jedes Kavallerie-Regiment und jede Artillerie-Abtheilung zwei

Tragthiere. Ferner soll jede Division eine Ambulanz erster und zweiter Linie (entsprechend unserer Sanitäts-Kompagnie und unserem Feldlazareth) haben. Der ersteren soll eine Krankenträger-Kompagnie zugetheilt sein. Beide Ambulanzen sind in zwei Züge theilbar. Ausserdem ist hinter der Front der Armee eine Anzahl stehender Kriegslazarethe geplant.

Im Thessalischen Feldzuge gab es ausser stehenden Kriegslazarethen einerlei Sanitätsanstalten. Trotz geringer Gefechtsverluste war der Abgang infolge mangelnder Verwundeten- und Krankenpflege, besonders während der Okkupationszeit nach dem Feldzuge, ein ganz bedeutender.

(2) Im November 1901 fand in der Militär-Medizinschule zu Stambul die Vorstellung der ersten ausgebildeten Krankenträger — etwa 100 Mann — statt. Es wurde von Truppen ein kleines Gefecht dargestellt, dahinter wurden Truppenverbandplätze errichtet, die später mit dem Hauptverbandplatz vereinigt wurden. Die Verwundeten wurden mit Nothverband versehen, aus der Schützenlinie zum Wagenplatz, von dort zum Hauptverbandplatz transportirt. Der Verwundetentransport auf Tragthieren zu deren beiden Seiten bewährte sich sehr. Sanitätsmaterial und Instrumente sind in Konstantinopel in trefflicher Güte vorhanden, mangeln aber in den Provinzen. Da die Ausbildung des niederen Sanitätspersonals die wichtigste Grundlage des Militär-Sanitätswesens bildet, so bezeichnet jene Vorstellung einen wichtigen Schritt vorwärts auf jenem Gebiet. Es ist zu hoffen, dass sich die Ausbildung von Krankenträgern und -Pflegern nun auch auf die Provinzen erstreckt. Red.

12. Griechenland.

1) Reglement des Lazarethdienstes. — 2) Bekleidung der Sanitätsoffiziere. — 3) Fortbildung der Assistenzärzte.

(1) Im Sanitätsdienst der königlich griechischen Armee sind in den letzten zwei Jahren durch königlichen Erlass folgende Veränderungen zu Stande gekommen:

1. Im neuen Reglement des Lazarethdienstes vom 30. Nov. 99 (13. Dez. 1900) sind folgende Punkte hervorzuheben:

a) Das Lazareth untersteht nicht mehr der Kommandantur, sondern dem entsprechenden Brigadekommandeur. Der Kommandantur gegenüber steht das Lazareth in ähnlicher Weise wie jede andere Militäranstalt.

b) Der Chefarzt hat über alle zum Lazareth kommandirten Offiziere und Mannschaften, sowie über jede im Lazareth befindliche kranke Militärperson die Disziplinarstrafgewalt nicht mehr eines nicht detachirten Kompagniechefs, wie es früher der Fall war, sondern eines Regimentskommandeurs. Diese Disziplinarstrafgewalt geht jedoch auf seinen Stellvertreter, sofern er unter dem Dienstgrade des Oberstabsarztes steht, nicht über.

c) Dem Chefarzt ist die Ehrenbezeugung „Frontmachen“ von den zum Lazareth kommandirten Mannschaften zuerkannt worden. Dieselbe steht seinem unter dem Dienstgrad des Oberstabsarztes befindlichen Stellvertreter nicht zu.

d) Zur Erhaltung des Dienstbetriebes ist dem Chefarzt ein Ober- bezw. Assistenzarzt von den zum Lazareth kommandirten als Schriftführer beigegeben worden.

(2) In der Bekleidung der Sanitätsoffiziere, wie übrigens aller Offiziere, ist eine Veränderung angeordnet worden, nach der der bisherige, aus blauschwarzem Stoff bestehende Mantel mit Umhang und Kapuze durch einen Paletot ersetzt wurde, der, aus hellblauem Tuch bestehend, ebenso mit Umhang und Kapuze von derselben Farbe versehen ist, und der in der Form ähnlich demjenigen der Offiziere der deutschen Armee ist.

(3) Zur Fortbildung der Assistenzärzte wurde bestimmt, dass eine Anzahl derselben alljährlich zu verschiedenen Kliniken und Instituten der Athener Universität kommandirt werden. Mermingas.

13. Vereinigte Staaten.

1) Seeley Smith. Besoldung der amerikanischen Militärärzte. The Cleveland med. gazette. August. S. 612. — 2) Versuche mit einem neuen Gewehrmuster. M. W. Bl. 54. — 3) Aenderungen in den Bekleidungsvorschriften. v. L. J. S. 249.

(1) Ein junger Mann, der in das Sanitätsoffizierkorps der United States Army eintritt, muss 21 bis 29 Jahre alt sein und erhält Rang, Gehalt und Wohnung oder Miethsentschädigung eines Oberleutnants. Nach 5 Jahren wird ihm der Rang als „Capitain" verliehen und er avancirt nach der Anciennetät je nach den eintretenden Vakanzen. Ausserdem rückt er alle 5 Jahre in eine höhere Gehaltsstufe auf, so dass er nach 20 Jahren 40 pCt. Zulage zu seinem ersten Kapitänsgehalt bezieht. Im Alter von 64 Jahren wird er mit 75 pCt. seines Gehalts ohne Berechnung seiner Miethsentschädigung pensionirt.

Als Oberleutnant erhält er jährlich 1600 Dollars, monatlich 133,33, als Capitain jährlich 2000, monatlich 166,67 Dollars, nach 5 Jahren monatlich 183,33, nach 10 Jahren 200, nach 15 Jahren 216,67, nach 20 Jahren 233,33 Dollars. Der Major steigt von jährlich 2500, monatlich 208,33 Dollars bis zu 291,67 monatlich, der Leutnant-Colonel von 250 auf 333,33, der Colonel von 291,67 auf 375,00 Dollars, der Brigadegeneral bezieht 5500 Dollars jährlich.

Rechnen wir den Dollar zu 4,50 Mk. so beträgt das niedrigste Gehalt eines amerikanischen Militärarztes eingerechnet die Miethsentschädigung 7200 Mk., das Höchstgehalt 24 750 Mk.

Ausserdem erhält er vom Diensteintritt ab Ration u. s. w. für 1 Pferd.

Verf. hebt besonders hervor, dass der Militärarzt somit etwa dieselben Einnahmen hat, wie ein mit gutem Erfolge arbeitender Kollege in der Praxis erwirbt, dass ihm aber noch der Vortheil des Pensionsbezuges im Alter gewährt werde. Dagegen ist er andererseits in der Beziehung in erheblichem Nachtheil, dass er den grössten Theil seiner Dienstzeit, zumal seine ersten Dienst- und Jugendjahre in kümmerlichen, kleinen Garnisonen und Forts an den Grenzen zubringen müsse. Lühe.

(2) In der staatlichen Fabrik zu Springfield (Massachusetts) sind eben die ersten Exemplare eines neuen Gewehrmusters fertiggestellt, das eine Verschmelzung von Krag- und Mauser-Gewehr zeigt. Es führt die Patronen auf geradem Wege zu und hat an beiden Seiten (statt, wie gebräuchlich, an einer) einen Hebel. Seine Anfangsgeschwindigkeit soll 2300 Fuss (gegen 2000 beim Krag-Gewehr) entwickeln. Hinsichtlich der Pistolenfrage schien es vor einiger Zeit, als ob das Zeugdepartement

sich für die automatische Colt-Pistole als Ersatz für den vielfach bemängelten Armeerevolver entscheiden werde. Weitere vom Ausschuss für Zeugwesen und Festungsbau (Board of ordnance and fortifications) angestellte Versuche haben aber die Ueberlegenheit der automatischen Luger-Pistole dargethan. Jener Ausschuss hat die sofortige Anschaffung von 15 000 Stück der letzteren empfohlen, um sie zum vorläufigen Gebrauch und Vergleich mit dem Armeerevolver im Heere zu vertheilen. Jeder Kavallerie-Troop soll z. B. 5 Stück erhalten. Die bei Springfield abgehaltenen Versuche haben ergeben, dass sich mit der Luger-Pistole bei vorheriger Füllung des Magazins (8 Patronen) in 15½ Sekunden 30 Schuss abgeben lassen. Die neue Füllung erfordert 3½ Sekunden. (Nach diesen Angaben scheint es, als ob man den Hauptwerth auf eine hohe Feuergeschwindigkeit gelegt habe.

(3) Den Offizieren ist das Tragen eines Korkhelmes mit schwarzem Tuch- oder Filzüberzug (je nach Gefallen des Trägers) für jeden Dienst gestattet, ausgenommen beim Paradeanzug.

Für die Mannschaften sind eingeführt: ein weisser Baumwollanzug, Feldhüte von dunkelfarbigem Filz und für die heisse Jahreszeit Strohhüte (auch für Offiziere).

Erwähnenswerth ist noch, dass ausgedehnte Proben mit Zelten von braunem Segeltuch angestellt werden. Red.

14. Mexiko.

Organisation des Sanitätskorps. M. W. Bl. No. 79.

Das Sanitätskorps ist der Sanitätsabtheilung beim Oberkommando unterstellt. Es setzt sich zusammen aus 130 Aerzten mit Offizierrang, und zwar aus 3 Obersten, 18 Oberstleutnants, 60 Majoren, 13 Kapitänen 1., 15 2. Klasse und 21 Leutnants. Zugetheilt sind ihm 1 Pharmazeut für jedes Lazareth sowie das Veterinärpersonal: 8 Majore, 12 Kapitäne 1., 12 2. Klasse, und 4 Leutnants. Ferner das nöthige Material und 1 Ambulanztrain in der Stärke von 1 Kapitän, 4 Leutnants und 134 Unteroffizieren und Mannschaften mit 5 Pferden und 204 Maulthieren, Fahrzeugen u. s. w.

Die Ausbildung der Militärärzte erfolgt ebenso wie die der Rossärzte auf besonderen Schulen. Red.

15. Japan.

Hiltschenko. Krankenhäuser Japans. W. m. J.

Ein russischer Militärarzt, Dr. med. Hiltschenko, beschreibt in seinen Reiseerinnerungen ausführlich die Sanitätseinrichtungen von Japan, insonderheit von Tokio, Yokohama. Er zollt einer grossen Reihe von Hospitälern (Byoin genannt) volle Anerkennung, kritisirt andere als unzulänglich und fällt schliesslich folgendes Schlussurtheil: Die japanischen Einrichtungen sind minder grossartig wie die russischen, übertreffen aber die europäischen an Sauberkeit. Ihre schwachen Seiten sind besonders ungenügende Ausstattung der Infektionsabtheilungen, auch mit Wäsche, Kleidung und Arzneimitteln; Fehlen von Desinfektionskammern.

Die japanischen Aerzte werden als energisch, beharrlich, fleissig und wissenschaftlich interessirt geschildert. Für die schwachen Seiten der Institute wird die Jugendlichkeit des Professorenpersonals, die mangelhafte Ausstattung der Lehrinstitute und das nur 4jährige Studium als

Erklärung herbeigezogen. — Aufgefallen ist dem Berichterstatter das Fehlen jeglicher Massagebehandlung in den Heilstätten. Dieselbe ist in Japan das Monopol der Blinden, welche diese Kunst theils ambulant in den Häusern der Kranken, theils öffentlich auf Strassen und Plätzen mit grossem Geschick und ohne irgend welche technische Vorbildung ausüben. — Sehr verbreitet ist der Gebrauch von Mineralwässern, so dass kaum ein begüterter Mann existirt, der sich nicht in ein oder mehreren Kurorten aufgehalten hätte. Blau.

III. Wissenschaftliche Thätigkeit in militärärztlichen Vereinigungen. Preisfragen.

1) Berliner militärärztliche Gesellschaft. — 2) Militärärztliche Gesellschaft zu Königsberg (I. Armeekorps). — 3) Vereinigungen der Sanitätsoffiziere II Armeekorps, a) in Stettin, b) in Bromberg. — 4) Vereinigungen der Sanitätsoffiziere III. Armeekorps, a) in Berlin, b) in Frankfurt a./O. — 5) Vereinigung der Sanitätsoffiziere IV. Armeekorps in Magdeburg. — 6) Posener militärärztliche Gesellschaft (V. Armeekorps). — 7) Vereinigung der Sanitätsoffiziere VI. Armeekorps. — 8) Niederrheinische militärärztliche Gesellschaft (VII. Armeekorps). — 9) Vereinigungen der Sanitätsoffiziere VIII. Armeekorps, a) in Coblenz, b) in Köln, c) in Trier, d) in Bonn. — 10) Vereinigung der Sanitätsoffiziere IX. Armeekorps. — 11) Militärärztlicher Verein X. Armeekorps. — 12) Strassburger militärärztliche Gesellschaft (XV. Armeekorps). — 13) Metzer militärärztliche Gesellschaft (XVI. Armeekorps). — 14) Vereinigung der Sanitätsoffiziere XVII. Armeekorps. — 15) Vereinigung der Sanitätsoffiziere XVIII. Armeekorps. — 16) Militärärztliche Gesellschaft München (I. K. Bayer. Armeekorps). — 17) Vereinigung der Sanitätsoffiziere der Standorte Nürnberg—Fürth—Erlangen (III. K. Bayer. Armeekorps). — 18) Vereinigung der Sanitätsoffiziere XII. (1. K. Sächs.) Armeekorps. — 19) Sanitätsoffizier-Gesellschaft in Leipzig (XIX. [2. K. Sächs.] Armeekorps). — 20) Vereinigung der Sanitätsoffiziere XIII. (K. Württemb.) Armeekorps. — 21) Marineärztlicher Verein in Kiel (Marinestation der Ostsee). — 22) Marineärztlicher Verein in Wilhelmshaven (Marinestation der Nordsee). — 23) Militärärztliche Vereine in Oesterreich-Ungarn: a) Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Garnison Wien, b) desgl. der Garnison Budapest, c) der Garnison Krakau, d) der Garnison Przemyśl, e) anderweitige Vorträge. — 24) Preisfragen.

(1) Siehe D. m. Z. S. 122, 252, 378—381, 440, 633 u. 634; 1902: S. 35 u. 36.

(2) Tubenthal. a) Demonstration des Präparates eines Osteo-Sarkoms des Oberschenkels, b) Demonstration einer Cyste, die aus dem Leistenkanal exstirpirt ist und die Erscheinungen eines eingeklemmten Bruches machte. — Guss. Demonstration eines Falles von Schussverletzung des Gehirns. — Kunze. Die Ruhrepidemie in der Garnison Königsberg im September 1900. — Korpsstabsapoth. Schulz. a) Ueber die Fälschung von Blutorangen. b) Einiges über Perubalsam aus der neueren Litteratur. — Professor Frhr. v. Eiselsberg. a) Operation einer Hydrocele mit

Schleichscher Anästhesie. b) Transplantationen nach Thiersch. c) Demonstrationen von Extensionsapparaten. d) Demonstration leicht herstellbarer Stelzfüsse. e) Demonstration von Silberdrahtnähten an einigen operirten Halsstrumen, die sich in verschiedenen Stadien der Heilung befinden. f) Demonstration von Radiogrammen. — Rothamel. Zur Anamnese der Meningitis. — Scherliess. Oertliche Schmerzlosigkeit nach Hackenbruch bei Operationen. — Kirstein. Zur Kasuistik der Bauchchirurgie mit Demonstrationen. — Magnus. Ueber Formalin-Desinfektion. — Guss. Menthoxolbehandlung der Mittelohreiterung nach Stetter. — Körting. Gedächtnissrede auf den verstorbenen Generalstabsarzt der Armee, Excellenz v. Coler. — Noack. Ueber das Ostrigonum mit Demonstrationen. — Jeschke. Ueber Astigmatismus beim Militär. — Eckermann. Demonstration des Nasenathmungsspiegels von Stabsarzt Dr. Glatzel, Berlin. — Nickel. Ueber Sesambeine am Kniegelenk.

(3) a) Vollrath. Die Zuckerernährung in ihrer Bedeutung für das Heer. — Greiner. Eindrücke von einer Reise nach China und Japan. — Hammerschmidt. Trinkwasserreinigung durch Ozon. b) Körner. Ueber Angiome im Anschluss an einen operirten Fall. — Schulz. Die Hundswuth. — Rhese. Behandlung der Mittelohreiterungen mit Demonstration anatomischer Präparate. — Stahl. Kriegstagebücher und Berichte über sanitätstaktische Uebungen der Sanitätsoffiziere im Manöver. — Körner. Röntgen-Apparate und Röntgen-Durchleuchtung mit Demonstrationen. — Fricke. Traumatische Psychosen und Neurosen beim Militär.

(4) a) Thöle. Ueber den heutigen Stand der modernen Kriegschirurgie. b) Brill. Die Diagnostik der Geisteskrankheiten.

(5) Brodführer. Ueber Augenuntersuchungen mit besonderer Berücksichtigung des Musterungs- und Aushebungsgeschäftes. — Gelau. Ein Fall von epileptischem Irresein. — Kellner. Magdeburg vom hygienischen Standpunkte. — Klauer. Ueber Mittelohrentzündung. — Schurig. Ueber den ursächlichen Zusammenhang zwischen Angina und Gelenkrheumatismus. — Stolte. Einige praktisch wichtige Erkrankungen der Nase.

(6) Siehe D. m. Z. S. 543 u. 544 und 1902: S. 36 u. 37.

(7) Braune. Ueber Massage mit praktischen Demonstrationen. — Krienes. Ueber Trachom. — Williger. Ueber die wichtigsten Zahnerkrankungen und ihre Behandlung. — Nieter. Ueber die jüngsten Fortschritte und den jetzigen Stand der lokalen Anästhesie.

(8) Siehe D. m. Z. S. 253—256, 442—446, 1902: S. 105—107.

(9) a) Siehe D. m. Z. 1902, S. 223 u. 224. b) Siehe D. m. Z. 1902, S. 226 u. 227. c) Siehe D. m. Z. 1902, S. 227 u. 228. d) Siehe D. m. Z. 1902, S. 229.

(10) Siehe D. m. Z. S. 124 u. 125, 383 u. 384, 1902: S. 280 u. 281.

(11) Siehe D. m. Z. S. 127. — Geissler. Malleolarfrakturen. — Gähde. Musterung, Aushebung und Einstellung im Jahre 1900. — Schumburg. Epidemiologie des Typhus und der Influenza. — Goebel. Das Barackenlazareth Bremerhaven und die Ausschiffung des ostasiatischen Expeditionskorps. — Steinhausen. Die Einrichtung des Baracken-Lazareths Munster behufs Auflösung der Truppen des Expeditionskorps.

(12) Siehe D. m. Z. 1902, S. 38.

(13) Siehe D. m. Z. 1902, S. 40—44.

(14) Matthaei. Alkohol als Stärkungsmittel. — Brix. a) Beobachtungen gelegentlich der ersten Studienreise in die Nordseebäder.

b) Mittheilung über die Naturforscher- und Aerzteversammlung in Hamburg. — Lütkemüller. Ueber Kriegsseuchen und ihre Abwehr in den Armeen. — Janz. Neuere Erfahrungen in der Behandlung der Typhlitis. — Müller. Ueber die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen und ihre Verwendung in der Medizin. — Ehrlich. Ueber Maassnahmen der Sanitätsformationen in der Schlacht bei St. Privat.

(16) Siehe D. m. Z. 1902, S. 175.

(17) Siehe D. m. Z. 1902, S. 110—111.

(15) Kunow. Erklärung der Kunowschen Brillenleiter. — Scholze. Ueber seltene Ohrenerkrankungen. — Marx. Die Gewinnung, Werthbemessung und staatliche Kontrolle des Diphtherie-Heilserums. — Rochs. Die Biersche Osteoplastik bei Amputationsstümpfen. — Brugger. Ueber Brüche der Handwurzelknochen, besonders des Kahnbeins. — Baehren. a) Ueber Lichttherapie; b) Ueber einen Fall von Pseudarthrose. — Marx. Ueber Bedeutung der Immunitätsreaktionen für die Diagnostik. — Müller, Oskar. Zur Behandlung der Peritonitis. — Lehmann. Referat über Kochs Ergebnisse der Malaria-Expedition. — Grossheim. a) Geschäftliches; b) Demonstrationen. — Vollbrecht. Der künstlich verstümmelte chinesische Frauenfuss. — Funcke. Ueber zwei operativ behandelte Fälle von Blinddarmentzündung. — Brugger. Ueber Stauungspapille und ihre Beziehung zu Hirntumoren. — Vollbrecht. a) Demonstration eines Waschtisches zur Händedesinfektion; b) Wasserversorgung grösserer Truppenverbände auf dem chinesischen Kriegsschauplatz. — Rampoldt. Ueber einen Fall von Hirnerkrankung.

(18) Müller. Bericht über die militärärztliche Sektion des internationalen Kongresses für Medizin in Paris. — Exner, Oberstleutnant z. D. Episoden und Einzeldarstellungen aus der vaterländischen Kriegsgeschichte des 19. Jahrhunderts. — Burdach. Bericht über die dreijährige Thätigkeit im Röntgenzimmer des Garnisonlazareths Dresden mit Vorführung von Projektionsbildern. — Varges, Korpsstabsapotheker. Ueber Truppenernährung im Kriege. — Deelemann. Volkslungenheilstätten.

(19) Martin. Ueber Silber und Silbersalze als Antiseptika. — Fischer. Mittheilungen über einige Hauterkrankungen im Garnisonlazareth Leipzig während des Berichtsjahres 1899/1900. — Thalmann. Ueber Züchtung der Gonokokken auf einfachem Nährboden. — Kölliker, Professor. Demonstrationen. — Burdach. Bericht über die dreijährige Thätigkeit im Röntgenzimmer des Garnisonlazareths Dresden mit Vorführung von Projektionsbildern. — Trendelenburg, Professor. Demonstrationen über einige besondere chirurgische Fälle. — Sedlmayr. Das Lazarethschiff „Savoya“ in Ostasien. — Perthes. Erlebnisse und Beobachtungen während seines Aufenthaltes in China mit Demonstrationen von Lichtbildern.

(20) Faisst. Ueber den neuen Etat der Kriegs-Sanitätsordnung unter Vorzeigung der neuen ärztlichen Instrumente, Geräthe und Verbandmittel. — Hocheisen. Ueber Ausschneidung der Vena saphena und Exstirpation von Varicen mit Krankenvorstellung.

(21) Globig. a) Ueber den Sanitätsbericht der Kaiserlichen Marine 1897/99; b) Ueber die Pest im Jahre 1899 in Alexandria, c) Ueber die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Kiel. — Uthemann. Ueber die Assanirung von Paris. — Matthiolius. a) Ueber die Entfernung eines Bleigeschosses aus der vorderen Wand der rechten Stirnhöhle; b) Militär-medizinische Erfahrungen aus dem chinesisch-japanischen Kriege

(Referat aus dem gleichnamigen Werk des japanischen Generalstabsarztes der Marine Baron Saneyoshi).

(22) Sander. Ueber Narkose bei künstlichem Licht. — Dammann. Das Marine-Feldlazareth in Peking. — Koenig. Ein Fall von Durchschneidung des Nervus radialis durch Verletzung, der gut geheilt ist. — Otto. Zweck und Einrichtung des Seemannskrankenhauses und des damit verbundenen tropenhygienischen Instituts in Hamburg. — Wiemann. Referat über Erfahrungen mit Röntgen-Apparaten im südafrikanischen Kriege. — Schröder. Ueber die Neuorganisation des englischen Sanitätsoffizierkorps.

(23a) Steiner. Das Militär-Sanitätswesen auf der Pariser Weltausstellung 1900. — Kamen. 1. Ueber eine bis jetzt wenig gewürdigte Lokalisation des Influenzaprozesses; 2. Ueber Pseudodiphtherie. — Habart. 1. Ueber den Werth und die Methoden der Radikaloperation von Schenkelhernien; 2. die Methoden und Indikationen der Knochennaht mit besonderer Berücksichtigung der Schussfrakturen im Kriege und der Anwendung von Gehverbänden in den Feldlazarethen. — Zimmermann. Ueber Douglas-Abszesse. — Fein. Ueber Stimmbandlähmung. — Demonstrationen wurden abgehalten von: Franz, Habart, Jeney, Justian, Kamen, Landauer und Zimmermann. —

(23b) Lingsch. Erfahrungen über die Wirkung des Protargols bei Bindehauterkrankungen des Auges. — Demonstrationen wurden abgehalten von: Zhuber v. Okrog. —

(23c) Grzes. Ueber die Verwendung des Aethylchlorids zur Narkose. — Demonstrationen hielten ab: v. Juchnowicz-Hordynski und Unger.

(23d) Benedikt. 1. Ehrenräthliches Verfahren und gerichtliche Begutachtungen im k. und k. Heere; 2. Biers Rückenmarks-Analgesie; 3. Neue Methoden der Tripperbehandlung. — Frauenglas. Intoxikations-Neurosen. — Hrach. a) Geschichtliche Entwickelung der Bruchoperationen; b) Nachruf für Professor Albert; c) Pneumonie-Behandlung. — Majewski. 1. Behandlung der Ohrenkrankheiten im Garnisonsspital No. 3 in Przemyśl; b) Erste Hülfe auf dem Schlachtfelde; 3. Behandlung von Teleangiektasien mit Gelatineinjektionen; 4. Ueber Struma und Strumitis. — Berger. 1. Neuere Behandlung der Ischias; 2. Behandlung der Aneurysmen mit Gelatineinjektionen. — Kos. Bericht über beiläufig 600 Konstatirungen von Augengebrechen. — Demonstrationen hielten: Benedikt, Eichner, Hrach, Kos, Majewski, v. Maschka und Vitaliani.

Kirchenberger.

(23e) Das „Organ der militärwissenschaftlichen Vereine" verzeichnet folgende, im Winter 1900/1901 von österreich-ungarischen Militärärzten gehaltenen Vorträge: Prantner-Agram. Das Wesen der Infektionskrankheiten und ihre Bekämpfung. — Loew-Avtovac. Sanitätsdienst im Feld- und Gebirgskriege. — Dřevikovsky-Banjaluka. Die Ursachen der Geisteskrankheiten. — Bartha-Bilek. Die erste Hülfe mit besonderer Rücksicht auf Vergiftungen durch Schlangen. — Dynes-Brünn. Genie und Irrsinn, eine Parallele. — Lawner-Foča. Der Einfluss der modernen Kriegführung auf die Grösse der Menschenverluste. — Lederer-Görz. Das Kleinkalibergeschoss und seine Wirkungen nach den Erfahrungen im südafrikanischen Kriege. — Seidner-Hermannstadt. Ueber Krankheitserreger und Infektionskrankheiten. (Mit Demonstrationen.) — Engländer-Karlsburg. Die Tuberkulose und das neue Jahrhundert. —

Hoffmann-Kaschau. Wie sollen wir wohnen? — Miksch-Krakau. Die kleinsten Lebewesen und ihre Beziehungen zum menschlichen Organismus. — Zemanek-Nevesinje. Verlustgrössen im Kriege. — Karschulin-Olmütz. Geschosswirkung der kleinkalibrigen Handfeuerwaffen im südafrikanischen Kriege. — Polašek-Pleveje. Der Sanitätsdienst während der Operationen in der Herzegowina 1882. — Schöfer-Prag. Die Ernährung des Soldaten. — Fischer-Sarajevo. Technik und Verwerthung der Röntgenstrahlen im Dienste des Arztes. — Kowalski-Sarajevo. Rückblick auf die Ursachen der Volks- und Heereskrankheiten. — Schneider-Temesvar. a) Ueber Schussverletzungen, insbesondere solche mit dem Kleinkaliber. (Mit Demonstrationen.) — b) Erste Hülfeleistung am Schlachtfelde. — Robitschek-Temesvar. Die Wundbehandlung in den ältesten Zeiten, bei den Naturvölkern und im historischen Alterthum. — Urpani-Theresienstadt. Ueber das Wesen und die Lebensbedingungen der Bakterien und über die Abwehrmittel, welche theils von der Natur, theils von der Wissenschaft gegeben sind. — Ossendorf-Travnik. Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege. — Lugo-Trebinje. Was können wir thun, um uns vor Infektionskrankheiten zu bewahren? — v. Nagy-Wien. Der Einfluss der Kleinwesen auf Wunden. — Tschudi-Zara. Verbreitung von Infektionskrankheiten und Vorkehrungen gegen dieselben. Joh. Steiner.

(24) Die „Preisfragen für die k. und k. Militärärzte zur Erlangung der Brendel-Stiftung für das Jahr 1901“ lauten:

1. Die Unterbringung von Verwundeten und Kranken am Kriegsschauplatze, insbesondere nach grossen Gefechten und Schlachten.

2. Ueber den Einfluss der Krankheiten der Haut und des Bindegewebes (mit Ausschluss der akuten fieberhaften Exantheme, des Rothlaufes, dem der tuberkulösen und syphilitischen Formen) auf die militärische Eignung der Wehrpflichtigen und die Dienstbarkeit der Soldaten; Prophylaxe und Therapie der bei Soldaten am häufigsten vorkommenden derartigen Krankheitsformen.

3. Welche Aenderungen erscheinen angesichts der modernen Kriegführung in dem Sanitäts-Feldausrüstungsmaterial des k. und k. Heeres, insbesondere der Truppen, Divisions-Sanitätsanstalten und Feldspitäler geboten, unter der Annahme, dass in Hinkunft die Hülfsplätze von den Truppenkörpern selbst, speziell von den Infanterie-Regimentern aufgestellt werden.

Welche von den für das Feld normirten Sanitäts-Ausrüstungsgegenständen — Arzneien, Arzneigefässen und Apothekengeräthen, ärztlichen und Spitalsrequisiten, Küchengeräthen, Wäsche- und Bettsorten, Viktualien und Labemitteln — wären auszuscheiden oder durch neue Muster zu ersetzen, und welche Ausrüstungsgegenstände wären überhaupt neu einzuführen?

4. Wie gestaltet sich auf Grund praktischer Erfahrung der Einfluss der verschiedenen Krankheiten und Gebrechen des Gehörorgans auf die Kriegsdiensttauglichkeit der Wehrpflichtigen und Assentirten, sowie auf die Eignung zur Militärerziehung? Welche Abänderungen wären sonach in den bezüglichen Vorschriften (Dienstbuch No. 1, Post No. 8 bis 13 und Dienstbuch No. 26, Post No. 8 bis 13) angezeigt?

Kirchenberger.

IV. Gesundheitspflege.

A. Allgemeines.

Lehrbücher. — Jahresberichte. — Immunität. — Bakteriologisches im Allgemeinen. Bakteriologisches bez. bestimmter Krankheiten.

Siehe auch unter I. 12 u. VI. B.

1) Pfeiffer, A. Siebzehnter Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene, Jahrg. 1899. Supplement z. D. V. ö. G. Bd. XXXII. Braunschweig. — 2) Prausnitz. Grundzüge der Hygiene. Bespr. D. m. Z. S. 59. 5. Aufl. München. — 3) Gesundheitsbüchlein. Herausgegeben vom Reichs-Gesundheitsamt. 9. Auflage. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 102. — 4) Neumann. Vier Vorträge aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens für Offiziere. M. W. Bl., Beiheft. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 28. — 5) Weyl, Th. Handbuch der Hygiene, erster Supplementband. Jena. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 387. — 6) Ehrlich. Die Schutzstoffe des Blutes. D. m. W. No. 50, 51. — 7) v. Behring und Kitashima. Ueber Verminderung und Steigerung der ererbten Giftempfindlichkeit. B. kl. W. S. 157. — 8) Dieudonné. Immunität und Immunisirung. Würzburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 98. — 9) Nenninger. Ueber das Eindringen von Bakterien in die Lungen durch Einathmung von Tröpfchen und Staub. Z. H. u. I. Bd. 38, S. 94. — 10) Hölscher. Experimentelle Untersuchungen über säurefeste Tuberkelbazillen ähnliche Spaltpilze. Bespr. D. m. Z. S. 533. — 11) Burghart. Ueber Beeinflussung der Ehrlichschen Diazoreaktion durch Substanzen von starker Affinität zu dem Ehrlichschen Reagens. B. kl. W. S. 276. — 12) Hünermann. Die Nothwendigkeit der bakteriologischen Untersuchung bei typhusverdächtigen, klinisch nicht sicher zu entscheidenden Krankheitsfällen. D. m. Z. 1902, S. 223. — 13) Weil. Zur Schnelldiagnose der Typhusbazillen. H. R. No. 10. — 14) Schüder. Zur Ausscheidung der Typhusbazillen durch den Harn. D. m. W. S. 762. — 15) R. Koch. Ueber die Agglutination der Tuberkelbazillen und über die Verwerthung dieser Agglutination. D. m. W. S. 829. — 16) Hölscher. Ueber die Differenz der histologischen Wirkung von Tuberkelbazillen und anderen diesen ähnlichen säurefesten Bazillen. M. m. W. No. 38, S. 1483. — 17) Dieudonné. Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose-Infektion im Kindesalter. M. m. W. S. 1439. — 18) Herr. Beitrag zum Verhalten der Tuberkelbazillen bei Ueberimpfung auf Blindschleichen. Z. H. u. I., Bd. 38, S. 198. — 19) v. Wasielewski. Beitrag zur Kenntniss des Vaccine-Erregers. Z. H. u. I., Bd. 38, S. 212. — 20) de Lille und Juillien. Ein neuer Syphilisbazillus. Neue bakteriologische Forschungen über Syphilis. D. m. W. No. 29. — 21) Ruge. Untersuchungen über das deutsche Proteosoma. Centralbl. f. Bakter., Parasitenk. u. Inf.-Krankh. XXIX. Bd. No. 5. — 22) Sjöbring. Ueber Krebsparasiten. A. kl. Ch. 65. Bd. H. 1. — 23) Abel. Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten, enthaltend die wichtigsten technischen Detailvorschriften zur bakteriologischen Laboratoriumsarbeit. 6. Aufl. Würzburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 168. — 24) E. Fraenkel. Mikrophotographischer Atlas zum Studium der pathologischen Mykologie des Menschen. 4. und 5. Lieferung. Hamburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 103.

(9) Der Verfasser liefert experimentell den Beweis dafür, dass durch die eingeathmete Luft Bakterien, die in feinsten Tröpfchen oder im

Staube vertheilt sind, bis in die feinsten Bronchien hin verschleppt werden können.

(11) Alle Gerbsäurepräparate wie Gallus- und Gerbsäure, Tannalbin, Tannigen, Dekokt von fol. uv. urs., ferner Jodkali in grossen Mengen heben die Diazoreaktion auf. Dasselbe geschieht bei einer Anzahl von Farbstoffen und bei Anwesenheit von Phenolen im Harn. Diese müssen daher vor der Anstellung der Reaktion aus dem Harn entfernt werden.

(14) Von 22 Typhuskranken konnten in 5 Fällen Typhusbazillen im Urin nachgewiesen werden, und von diesen 5 typhusbazillenhaltigen Urinen enthielten 3 Eiweiss. Mit einer Ausnahme wurden die Bazillen während der Rekonvaleszenz gefunden. Daher gründliche Desinfektion des Harns nothwendig.

(15) Die Agglutination zur Diagnose und speziell zur Frühdiagnose der Tuberkulose ist nicht zu verwerthen. Für diesen Zweck bleibt vorläufig noch das alte Tuberkulin das Zuverlässigste. Zu therapeutischen Zwecken empfiehlt Koch subkutane oder intravenöse Einverleibung einer Aufschwemmung von pulverisirten Tuberkelbazillen unter steter Kontrolle des dabei auftretenden Agglutinationsvermögens. Letzterer giebt den Grad der gebildeten Schutzstoffe an.

(16) Ein prinzipieller Unterschied ist die endgültige Wirkung auf das Gewebe: bei Tuberkelbazillen Verkäsung, bei Pseudotuberkelbazillen Vereiterung. Letzteren fehlt die destruktive Kraft, die unbegrenzte parasitäre Vermehrungsfähigkeit der echten Tuberkelbazillen.

(17) Von 15 noch kriechenden Kindern wurden die Hände und die Nase auf das Vorhandensein von Tuberkelbazillen untersucht. Davon wurden virulente Tuberkelbazillen bei einem Kinde an den Händen, bei einem zweiten Kinde an den Händen und in der Nase gefunden. Mit Recht weist Dieudonné auf die Gefahr der Infektion durch unsauberen Fussboden hin.

(18) Die dreien Blindschleichen injizirten Tuberkelbazillen nahmen selbst nach mehr als 3½ Monate langem Aufenthalt kein saprophytisches Wachsthum an, riefen keine tuberkulösen Erscheinungen hervor und behielten die Virulenz für Warmblüter. Schurig.

(22) Verfasser hat in den Krebsgeschwülsten konstant eine bestimmte Art von Mikroorganismen gefunden und diese auch ausserhalb des Körpers auf künstlichem Nährböden gezüchtet. An Mäusen, die damit geimpft waren, hat er zwei atypische epitheliale Neubildungen der Haut entstehen sehen; auch fand er in den Hauttumoren die Mikroorganismen in denselben Formen vor, in denen sie bei den menschlichen Carcinomen anzutreffen sind. An zwei Mäusen, welche 8 resp. 6 Monate für andere Zwecke getödtet wurden, fand er an der abgeheilten und anscheinend ganz gesunden Impfstelle in der Tiefe atypische Drüsenwucherungen mit unzweifelhaften Plasmodien-Formen in den neugebildeten Drüsenschläuchen. — Bezüglich der Morphologie und Entwickelung der genannten Parasiten muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden. So—r.

B. Spezielles.

1. Luft und Klima.

Siehe auch unter IX. B.

1) Eydam. Ozon und seine Beziehungen zur Influenza. Bespr. D. m. Z. S. 537. — 2) Belli. Chemische, mikroskopische und bakterio-

logische Untersuchungen über den Hagel. H. B. No. 24. — 3) Kisskalt. Die Erkältung als krankheitsdisponirendes Moment. A. f. H. Bd. 39, S. 142. — 4) Ranke. Ueber den Begriff „Klima". M. m. W. No. 52, S. 2511. — 5) Lehmann-Felskowski. Die hohe See als Luftkurort. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 103.

(3) Nach den angestellten Versuchen begünstigt arterielle Hyperämie eines Organs die Vermehrung der Bakterien und schafft dadurch eine Disposition zur Erkrankung, während Stauungshyperämie die Lebensbedingungen der Bakterien verschlechtert. Bei Kälteeinwirkung kommt es zu beträchtlicher Hyperämie der inneren Organe besonders der Athmungswege; gleichzeitig wird die Blutalkaleszenz vermindert. Die Abwehrkräfte des Organismus werden daher geschwächt, die Infektionserreger in den Stand gesetzt sich zu vermehren und krankheiterzeugend zu wirken. Vielleicht wird auch ihre Virulenz durch stärker abgesonderten Schleim gesteigert. Ein Erkältungseinfluss bewirkt um so leichter Erkrankung, je länger er einwirkt. Mittlere Kältegrade sind gefährlicher als höhere, vielleicht weil bei letzteren die Gefässerweiterung der inneren Organe von zu kurzer Dauer ist, um zu reichlicher Bakterienvermehrung zu führen. Abhärtung kommt nach K. nicht durch energischere Kontraktion der Hautmuskeln zu Stande, sondern im Gegentheil durch geringere Erregbarkeit der Hautgefässe und durch allmähliche Verdickung der Haut.
Kr.

2. Boden und Wasser.

Siehe auch unter IV. B. 4 (7), IV. B. 6 (11 u. 15—17).

1) König, Fr. Die Vertheilung des Wassers über, auf und in der Erde, und die daraus sich ergebende Entstehung des Grundwassers und seiner Quellen, mit einer Kritik der bisherigen Quellentheorien. Jena. — 2) Schüder. Ueber das Schumburgsche Verfahren der Wasserreinigung mittels Brom. Z. H. u. I. Bd. 37, S. 307. — 3) Hünermann und Deiter. Ueber die Desinfektion des Trinkwassers mit Natriumhypochlorit. H. R. No. 24. — 4) Krull. Wassersterilisirung durch ozonisirte Luft nach dem Verfahren von Abraham und Marmier. Journ. f. Gasbel. und Wasserversorg. No. 6 und Zeitschr. f. angew. Chemie S. 57. Bespr. H. R. No. 21 u. 23. — 5) Erlwein. Trinkwasserreinigung durch Ozon nach dem System von Siemens & Halske, Berlin-Leipzig. — 6) Rabs. Beiträge zur Trinkwasserdesinfektion mit Chlor. H. R. No. 22. — 7) Nussbaum. Beiträge zur Wasserklärung. G. J. 24. Jahrg. No. 10. — 8) Neumann. Typhus, Keimzahl und Trinkwasser nach Erfahrungen im Ruhrgebiet. D. m. W. No. 44. — 9) Ballner. Zur Gewinnung von keimfreiem Trinkwasser durch Zusatz von Chlorkalk und Brom. W. m. W. No. 31 bis 33. — 10) Schucking. Ueber die Reinigung des Trinkwassers. M. A. No. 3 u. 4. — 11) Fraenkel u. Intze. Wasserversorgung mittels Thalsperrenwasser in gesundheitlicher Beziehung. D. V. ö. G. 33. Bd. 1. Heft, S. 30. (V. 25 V. D. V. G.) 12) Kruse. Hygienische Beurtheilung des Thalsperrenwassers. C. a. G. 5. u. 6. Heft, S. 145. — 13) Nussbaum. Die Verunreinigung und Selbstreinigung der Flüsse. G. J. 24. Jahrg. No. 5. — 14) Heuser. Zur biologischen Reinigung städtischer Schmutzwässer C. a. G. 20. Jahrg. 11. u. 12 Heft, S. 409. — 15) Helm. Ueber ein neues Verfahren zur Enteisenung von Grundwasser. Leipzig. — 16) Bonne. Die Nothwendigkeit der Reinhaltung der deutschen Gewässer

vom gesundheitlichen, volkswirthschaftlichen und militärischen Standpunkte aus erläutert durch das Beispiel der Unterelbe bei Hamburg-Altona. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 160.

(2) Das Schumburgsche Verfahren der Wasserreinigung mittels Brom versagt den Cholera- und Typhusbakterien gegenüber so gut wie ganz und damit wahrscheinlich auch den übrigen im Wasser in Betracht kommenden Krankheitserregern wie z. B der Ruhr, des Weilschen Ikterus. Das Bromverfahren setzt zwar den Gehalt eines auch stärker verunreinigten Wassers an gewöhnlichen Wasserbakterien sehr erheblich herab, auch wird zweifellos eine erhebliche Verminderung der Typhus- und Cholerakeime erzielt, jedoch nicht in dem Grade, dass ein infizirtes Wasser als Trinkwasser zu benutzen wäre. Schurig.

(9) Die Versorgung der Truppen mit gutem Trinkwasser ist mit Rücksicht auf die hohe Bedeutung, welche dem Wasser bei der Entstehung und Verbreitung vieler Infektionskrankheiten beizumessen ist, unter allen Verhältnissen eine der wichtigsten Aufgaben der Militärgesundheitspflege. Wesentlich schwieriger als im ständigen Garnisonsorte, wo sich im Bedarfsfalle meist genügend Wasser aus einer anderen unverdächtigen Bezugsquelle herbeischaffen lässt, gestaltet sich die Frage der Trinkwasserversorgueg im Manöver, hauptsächlich aber im Kriege. Alle bisherigen Methoden der Wasserreinigung haben sich als unzulänglich erwiesen. Am schnellsten führt noch der Zusatz von chemischen Agentien zum Ziele, unter deren grosser Zahl sich Chlorkalk und Brom bisher am besten bewährt haben. Ballner hat nun die Reinigungsmethoden verdächtigen Wassers mit diesen beiden Mitteln nach den Angaben von Traube-Lode bezw. Schumburg-Pfuhl einer bakteriologischen Nachprüfung unterzogen, deren Einzelheiten im Original nachzusehen sind, und gefunden, dass das Verfahren mit Chlorkalk verlässlicher ist als jenes mit Brom und daher diesem vorzuziehen ist. Ballner hat nun das erstere Verfahren auch im Manöver praktisch erprobt, indem er es bei kurzen Rasten, wo kein anderes als Oberflächenwasser zu haben war, in der Weise in Anwendung gebracht, dass in die Wassereimer der Mannschaft, welche je 15 Liter Wasser fassen, 2,25 g Chlorkalk unter beständigem Umrühren gebracht, sodann dem Wasser Salzsäure tropfenweise behufs Klärung und nach 10 Minuten 4,5 g krystallisirten Natriumsulfits zur Neutralisirung des überschüssigen Chlors zugesetzt wurden. Zeigte das Wasser grobe Verunreinigungen, so wurde es zuvor filtrirt. Die Mannschaft trank das Wasser ohne Widerwillen und Abneigung. Chlorkalk und Natriumsulfit müssen dosirt und in Paraffinpapier sorgfältigst verpackt mitgenommen werden. Das Reinigungsverfahren mit Chlorkalk ist wesentlich billiger als jenes mit Brom.

(10) Von den mannigfachen Reinigungsmethoden des Trinkwassers kommen für das Feld in Betracht: 1. die Filtration, 2. die Reinigung durch Zusatz chemischer Agentien. Das Filter von Berkefeld-Nordtmeyer ist das einzige, welches eine so verlässliche Konstruktion besitzt, dass es auch einen Feldzug zu überdauern vermag. Es erreicht Klärung und Sterilisirung des Wassers, ist aber nur auf Fuhrwerken transportabel und eignet sich daher weniger für Truppen, dagegen vorzüglich für mit einem Train ausgestattete Feldanstalten. Ein bequem transportabler, leicht zu handhabender Filterapparat einfachster Konstruktion für Truppen ist das Schwarmfilter. Dieses aber bewirkt nur Klärung des Wassers. Dessen Einführung ist unter der Bedingung anzustreben,

dass für die Tödtung der Keime im Wasser ein zweites ebenso einfaches Mittel zur Verfügung gestellt werde. Dieses Mittel ist nach eingehenden Untersuchungen im unterchlorigsauren Kalk (Calcium hypochlorosum) gefunden. Es bewirkt im Ausmaasse von 2 Milligramm Chlor auf 1 Liter Wasser sichere Sterilisation des letzteren, ohne dessen Geschmack zu verändern. Kirchenberger.

(11) Referenten stellen folgende Leitsätze auf:

a) Das Thalsperrenwasser ist im Wesentlichen Oberflächenwasser und bedarf deshalb der Befreiung von gesundheitsschädlichen Stoffen, namentlich lebenden Krankheitserregern. Immerhin zeichnet sich dasselbe in dieser Beziehung mit Vortheil vor dem Oberflächenwasser unserer grösseren Flüsse und Seeen aus auch in Bezug auf die gleichmässigere Temperatur.

b) Die Niederschlagsgebiete, in denen man Thalsperren zu Wasserversorgungszwecken anlegt, müssen möglichst wenig menschliche Wohnstätten, jedenfalls keine grösseren Ortschaften enthalten. Die Thalhänge müssen gut bewaldet, die Thalsohle von Wiesenflächen gebildet sein.

c) Der Betrieb von Fabriken im Niederschlagsgebiet ist nur dann zulässig, wenn besondere Entwässerung derselben in ein anderes Niederschlagsgebiet sichergestellt ist. Ebenso dürfen Gräben oder Sammelkanäle für Schmutzwasser nicht im Niederschlagsgebiete der Thalsperre münden.

d) Soweit die Gesetzgebung die Reinhaltung des Wassers nicht bereits durch das Recht der Enteigung von Grundstücken oder Versagung zur Genehmigung schädlicher Betriebe sicherstellt, ist dieselbe in diesem Sinne zu erweitern.

e) Zur Verbesserung des zuströmenden Tagewassers sind, wenn möglich, in den oberhalb gelegenen Wiesen Riesel- und Drainageanlagen zu schaffen.

f) Die zu überstauende Fläche muss von allen Bäumen, Sträuchern und deren Wurzeln, von Grasnarbe und erforderlichenfalls von Humusschicht gesäubert werden.

g) Bei erforderlicher Reinigung können Rieselanlagen oder eine künstliche Filteranlage (Sandfilter) zur Verwendung kommen.

(12) Verfasser fasst die Hauptpunkte am Schlusse in Folgendem zusammen:

a) Das Oberflächenwasser, dass den Thalsperren zuströmt, befreit sich selbst in den Staubecken von seinen Bakterien, klärt sich und erfährt einen Ausgleich seiner Temperatur.

b) Die Selbstreinigung des Wassers in Stauweiher kann bei Hochwasser Störungen unterliegen.

c) Bei flachen Stauweihern, deren Zuflüsse unrein und deren Böden nicht gründlich von allen organisehen Resten gesäubert sind, kann das Wasser innerhalb der Sperre zu gewissen Jahreszeiten unappetitliche Eigenschaften annehmen. Es muss dann das Wasser durch Rieselung oder Sandfiltration „geschönt“ werden.

d) Es ist nöthig, die Beschaffenheit des Thalsperrenwassers durch regelmässige bakteriologische Untersuchungen zu kontrolliren.

e) Das Wasser gut angelegter und betriebener Thalsperren ist dem Wasser vieler Grundwasserwerke durchaus gleichzustellen. Hintze.

3. Unterkunft.

1) Dölger. Was ist bisher über den Einfluss der Höhenlage (Stockwerkslage) der Wohnungen in den Grossstädten statistisch festgestellt?

Wie lässt sich dieser Einfluss erklären? D. V. ö. G. 33. Bd. Heft 3. S. 444. — 2) Ritt. Gedanken und Vorschläge über Heizungsanlagen. G. J. No. 13. — 3) Wolpert, Adolf und Heinrich. Ventilation. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902. S. 165. — 4) Kelling. Heizung und Lüftung der Krankenhäuser und Schulen. Halle. — 5) Trockenheizverfahren für feuchte Lokale. M. A. u. G. W. Juni-Heft. — 6) Stempel. Ueber die Gefahren der Gasheizungsanlagen. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Hämoglobinurie. A. kl. Ch. 64. Bd. 2. Heft. — 7) v. Esmarch. Versuche über Fensternischenheizung. G. J. No. 18. — 8) Nussbaum. Der Staub auf Heizkörpern und sein Einfluss auf die Reinheit der Raumluft. G. J. No. 17. — 9) Wedding. Ueber den Werth der verschiedenen Arten künstlicher Beleuchtung. D. V. ö. G. 33. Bd. 4. Heft S. 607. — 10) Eine neue Art elektrischer Lampen. G. J. No. 13. — 11) Die zukünftigen Aussichten der Pressgasbeleuchtung. G. J. — 12) Kerzenglühlicht. G. J. No. 5. — 13) Wilhelm. Die Nernstlampe. A. f. L. Heft 6. — 14) Bairaschewski. Einfluss des Lagerlebens auf die Gesundheit der Truppen. W. m. J. Heft 11.

(6) Nach Aufzählung der verschiedenen Entstehungsursachen von Hämoglobinurie berichtet Verf. über zwei schwere, an sich selbst erlebte derartige Anfälle, welche auf die Einathmung der Verbrennungsgase von einem Gasbrenner zurückzuführen waren. Letzterer diente zur Erwärmung des im Operationszimmer nothwendigen Wassers; die Verbrennungsgase traten frei in das Operationszimmer aus. Auf Grund dieser Erkrankungen befürwortet St. dringend die Entfernung jeder Gaseinrichtung aus den Operationszimmern. So—r.

(7) Nach einem Bericht über 4 Versuche mit Fensternischenheizung zieht Verf. folgendes Ergebniss. Die Warmwasserheizung mit Anordnung der Heizkörper in den Fensternischen wirkte selbst unter den ungünstigsten Witterungsverhältnissen durchaus befriedigend. Besonders fällt auf die überaus gleichmässige Temperatur in allen Theilen des Zimmers. Sie ist mitbegründet in der niedrigen Temperatur der Heizkörper und in den günstigen Luftmischungsverhältnissen, die wieder in der eigenthümlichen Lage der Heizkörper ihren Grund finden, indem nämlich der kälteste Theil der Zimmerluft durch energische Mischung mit warmer Luft in der Fensternische wieder erwärmt ins Zimmer tritt, eine kalte Zone am Fussboden also eigentlich nicht vorhanden ist. Die in Höhe des Fenstersockels in das Zimmer strömende Luft kann unter Umständen belästigen, z. B. bei Windandrang, und es werden dann Schutzvorkehrungen, die in guter Dichtung der Fenster oder in Doppelfenstern oder in Anwendung eines Fenstervorsatzes bestehen können, nöthig.

(8) Verf. hat in dem Staub auf Heizkörpern vorwiegend Pferdekoth, welcher feucht war und Mikroorganismen enthielt, gefunden. Er sieht die Verunreinigung der Raumluft beim Anheizen in einer Entwickelung von Ammoniak aus diesen Staubbestandtheilen.

(9) Ausgehend von der Erkenntniss, dass das grüne Licht das bei weitem ökonomischste ist, sind die Moore'sche Beleuchtung, das sogenannte Teslalicht und das Gasglühlicht entstanden.

Weitere Forschungen haben ergeben, dass jede Lichtquelle in Bezug auf die Strahlungsenergie ein deutlich ausgeprägtes Maximum besitzt, welches aber, da unser Auge nur eine Strahlung von begrenzter Wellenlänge (vom Dunkelroth bis Violett) als Licht wahrnehmen kann, in vielen

Fällen als Licht nicht zur Geltung kommt. Erhöht man nun die Temperatur des leuchtenden Körpers, so erreicht man dadurch eine Verschiebung des Strahlungsmaximums in die für unser Auge als Licht wahrnehmbare Grenze. Die Schwierigkeit dabei liegt in der Erzeugung der nothwendigen hohen Temperaturen (bis 8000°).

Verf. bespricht sodann die Forderungen, welche an eine praktisch brauchbare Lichtquelle zu stellen sind: ausreichende Helligkeit, leichte Bedienung, angenehme Farbe und milder Glanz, Abwesenheit von Verbrennungserzeugnissen, geringe Wärmeentwickelung und Billigkeit, indem er unsere gebräuchlichen Beleuchtungsarten daraufhin einer Kritik unterzieht.

(10) In der Columbia-Universität zu New-York hat ein Herr Peter Cooper Hewitt eine neue elektrische Lampe gezeigt, deren Einrichtung auf dem Prinzip der Geissler'schen Röhren beruht und womit er bisher (durch besonderes Glasmaterial und die Anwendung des Wehnelt'schen Unterbrechers beim Entzünden der Lampen) eine Leuchtkraft von 400 bis 100 Kerzen erzielt hat. Hintze.

(13) Bairaschewski weist in tabellarischen Zusammenstellungen nach, dass das Lagerleben der Truppen im Sommer ausserordentlich gut auf den Gesundheitszustand wirke und sowohl die Sterblichkeits- wie die Erkrankungsziffer herabsetze. Blau.

4. Ernährung.

Siehe auch unter I. 5, II. 4 (7), II. 5 (10) u. VI. B. 7e (7).

1) Martins. Die ältere deutsche Mässigkeits- und Enthaltsamkeitsbewegung (1838 bis 1848) und ihre Bedeutung für die Gegenwart. Ein Wort zur Verständigung zwischen Mässigen und Enthaltsamen. Dresden. – 2) Anleitung zur Aufstellung und Benutzung von Feldbacköfen. Vom 7. 7. 1901. A. V. Bl., No. 22. — 3) Schumburg. Die Berechnung und Beurtheilung des Nährwerths der Soldatenkost. D. m. Z., S. 522. — 4) Schmidt. Zur Nährwerthberechnung der Soldatenkost. D. m. Z. S. 622. — 5) Heim, Max. Die künstlichen Nährpräparate und Anregungsmittel. Berlin. – 6) Versorgung der Truppen auf dem Marsche mit warmem Essen in Russland. Internat. Revue über die gesammten Armeen und Flotten. Juni-Heft. — 7) Leopold. Trinkwasser-Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der an den Truppenarzt zu stellenden Anforderungen. D. m. Z. 1902, S. 226. — 8) Matthieu. Ueber Ursachen des Hungergefühls. La semaine médicale 1900, No. 13. Bespr. Z. f. Kr. No. 1. — 9) Schilling. Hygiene und Diätetik des Magens. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 167. — 10) Wesenberg. Ueber Bakterienbefunde bei Fleischvergiftungen. Sammelbericht D. P., S. 32, 72. — 11) Uhlenhuth. Die Unterscheidung des Fleisches verschiedener Thiere mit Hülfe spezifischer Sera und die praktische Anwendung der Methode in der Fleischbeschau. D. m. W. S. 780. — 12) Liebreich. Ueber das schwefligsaure Natron als Konservemittel des Hackfleisches. A. S. Z., No. 24. — 13) Mosso. Der Einfluss des Zuckers auf die Muskelarbeit. Berlin. — 14) Baudouin. Vergiftung durch Oelsardinen. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z., S. 439. — 15) Delbrück. Hygiene des Alkoholismus. Weyls Handb. d. Hyg. 1. Supplementbd. Bespr. D. m. Z., S. 387. — 16) Waldschmidt. Die Trinkerfürsorge in Preussen. Zeitschr. d. Königl. Preuss. stat. Bureaus. — 17) Matthaei.

Die Erhöhung der Kriegstüchtigkeit eines Heeres durch Enthaltung vom Alkohol. Dresden. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 387. — 18) Triboulet und Mathieu. Der Alkohol und der Alkoholismus. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. S. 438. — 19) Rotter. Ein Volks-Ersatzgetränk für Alkohol. München. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 165. — 20) Fiebig. Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Europäer in den Tropen. A. S. u. T. H., 5. Bd. — 21) Matthaei. Ueber den Alkohol als Stärkungsmittel. D. m. W. S. 524. — 22) Kolpakow. Alkoholmissbrauch in Russland. W. m. J., Heft IV. — 23) Nicolai. Der Kaffee und seine Ersatzmittel. D. V. ö G., 33. Bd., 2. u. 3. Heft, S. 294 u. 502. — 24) Kriegsvorrath an Kaffeekonserven. Beibl. z. N. V. No. 15. — 25) Brunzlow. Verunreinigung von Kaffee durch kaffeesaures Eisen. D. m. Z., S. 525. — 26) Rosenfeld, Georg. Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus. Wiesbaden. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 111. — 27) Löffler. Hygiene der Molkereiprodukte. D. m. W., S. 885. — 28) Ocker. Die polizeiliche Ueberwachung des Verkehrs mit Milch. D. V. ö. G., 33. Bd., 2. Heft, S. 244. — 29) Hippius. Ein Apparat zum Pasteurisiren der Milch im Hause. D. m. W., No. 29 u. 30. — 30) Sonnenberger. Milchintoxikationen. D. P., Heft 5. — 31) Levy und Bruns. Ueber die Abtödtung der Tuberkelbazillen in der Milch durch Einwirkung von Temperaturen unter 100°. H. R., No. 14. — 32) Herr. Das Pasteurisiren des Rahms als Schutz gegen die Verbreitung der Tuberkulose durch Butter. Z. H. u. I., Bd. 38, S. 182. — 33) Herr und Beninde. Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbazillen in der Butter. Z. H. u. I., Bd. 38, S. 152. — 34) Weljamowitsch. Zur Verbesserung des Mannschaftsbrotes. W. m. J., Heft XI. — 35) Phinkelstein. Dschugara-Brot. W. m. J., Heft I. — 36) Mayer, Paul. Experimentelle Untersuchungen über den Anbau des Zuckers im Organismus. D. m. Z., S. 374 (V. K. I.).

(10) Wesenberg hat in Form eines Sammelberichts Bakterienbefunde bei Fleischvergiftungen zusammengestellt. — Nachdem er zunächst die Wurstvergiftung (Botulismus) ausgeschaltet, führt er an, dass van Ermeugem aus der Litteratur 112 Fleischvergiftungen zusammengestellt hat, unter denen 103 Mal das Fleisch von kranken Thieren (Septicämie, Pyämie, Enteritis) stammte, nur in 5 Fällen aber selbst in Fäulniss begriffen war. Pouchet fand bei einer Epidemie (49 Menschen) den Bazillus der Schweineseuche, Kuborn (30 Kranke) den Staphylococcus pyogenes flavus, Bratanich (68 Personen) neben Trichinen milzbrandähnliche Stäbchen. Mehrere coliähnliche Bazillen wiesen Gärtner, Gaffen und Paak nach (Frankenhäuser und Friedeberger Fleischvergiftung). Levy beobachtete eine Epidemie in Strassburg (18 erkrankt, 1 gestorben. Erscheinungen: Blutige Stühle, Erbrechen, Schwäche, leichtes Fieber). Aus dem Stuhle des unter Dyspnoe und Wadenkrämpfen Verstorbenen wurde ein Proteus mit starker Virulenz für Thierversuch isolirt. Derselbe fand sich auch in dem stark verschmutzten Eisschrank, dem Aufbewahrungsort des verdorbenen Fleisches. — Wesenberg selbst untersuchte in Halle a. S. Fleisch aus dem Mansfelder Gebirgskreise (Massenerkrankung von 63 Personen, ohne Todesfall) und isolirte ein Bakterium, das sich von Proteus vulgaris durch fehlende Indolbildung unterschied. Das Fleisch war in einem dumpfen, feuchten Keller aufbewahrt.

Ausser durch das Fleisch selbst kann das Virus verbreitet werden: durch Fliegen, welche wie Bail nachwies, den Bacillus botulinus und enteritidis verschleppen können, besonders aber durch Därme mit daran haftenden Kothresten. Dass die letzteren oft sehr gross sind, ergeben Schillings Untersuchungen, der in 1 m Darm bis zu 0,67 g Trockensubstanz = 5,0 frischen Koth fand. Blau.

(11) Die spezifische Reaktion tritt, wie es auch höchst wahrscheinlich war, bei den verschiedenen Fleischsorten ein, selbst wenn diese geräuchert sind. Bei gekochten Würsten kann die Reaktion natürlich nicht angestellt werden, da die reaktionsfähigen Eiweisskörper durch den Kochprozess verändert werden. Schurig.

(22) Kolpakow stellt aus Russland erschreckende Ziffern über Alkoholmissbrauch zusammen; besonders zeichnet sich Sibirien und zwar Irkutsk und Wladiwostok aus, in welch letzterem auf 1 Einwohner im Durchschnitt 10 Eimer geistiger Getränke kommen. Blau.

(23) Verfasser giebt ausführlich einen Ueberblick über die Geschichte des Kaffees, seine Naturgeschichte und Verbreitung, bespricht die Chemie desselben, seine physiologische Wirkung, wobei er durch zahlreiche Pulskurven den Unterschied zwischen der Wirkung des Kaffees und des Malzkaffees auf die Herzthätigkeit darstellt und geht dann auf seine hygienische und soziale Bedeutung ein. Zum Schluss werden die Ersatzmittel des Kaffees aufgeführt und in ihrer Wirkung mit dem Kaffee verglichen. Hintze.

(24) Der Kriegs-Reservevorrath an Suppenkonserven im österreich-ungarischen Heer wird allmählich bis zur Hälfte der Bestände durch Kaffeekonserven ersetzt werden. Eine Portion Kaffeekonserven wiegt ohne Emballage durchschnittlich 20 g und besteht aus: 2,5 g Bohnenkaffee, 10 g Zucker, 4,5 g Gerstenkaffee und 3 g Feigenkaffee. Die Kaffeekonserven sind durch entsprechende Pressung in vierseitig prismatischer Form, in Doppelportionen zu 40 g hergestellt. Kirchenberger.

(28) Verf. fasst seine Erörterungen in folgenden Schlusssätzen zusammen: 1. Es empfiehlt sich, auch für den Reg. Bez Stade eine den im Ministerialerlass vom 27. Mai 1899 aufgestellten Grundsätzen sich anschliessende Polizeiverordnung über den Verkehr mit Milch zu erlassen. 2. Der Fettgehalt muss mindestens 2,7 pCt. betragen. 3. Halbmilch ist vom Verkehr ganz auszuschliessen. 4. Zweimal jährlich soll eine thierärztliche Untersuchung des Milchviehs stattfinden. 5. Jede Erkrankung an Cholera, Typhus, Scharlach und Diphtherie im Haushalte eines Milchlieferanten ist sofort der Polizeibehörde zu melden. 6. In der Polizeiverordnung müssten detaillirtere Vorschriften über Reinhalten der Kühe, Säuberung der Hände vor dem Melken, sowie die Bestimmung, dass die Milch sofort nach dem Melken zu kühlen ist, aufgenommen werden. Hintze.

(30) Sonnenberger weist darauf hin, dass die Pflanzenfresser viele, besonders pflanzliche Gifte vertragen, ohne selbst zu erkranken, sie aber in Sekreten und Exkreten weiter geben. In vielen Futtermitteln findet man Alkaloide und Glykoside. Blau.

(32) Ein fünf Sekunden langes Pasteurisiren des Rahms bei 85 ° C. beseitigt die Gefahr der tuberkulösen Infektion vollständig. Für die Praxis empfiehlt sich ein Pasteurisiren des Rahms bei 85 ° C. mit einer Dauer von zwei Minuten.

(33) Von 45 Butterproben enthielten fünf, also 11,1 pCt. virulente Tuberkelbazillen. Um in zweifelhaften Fällen die Tuberkelbazillen von den tuberkelbazillenähnlichen Stäbchen zu unterscheiden, ist Organübertragung in die vordere Augenkammer von Kaninchen erforderlich. Schurig.

(34) Zur Verbesserung des russischen Mannschafts-(Roggen-)Brotes macht Dr. Weljamowitsch Vorschläge, welche die Schwerverdaulichkeit, mangelhafte Resorptionsfähigkeit und den schlechten Geschmack beeinflussen sollen. Sie gipfeln in der Forderung besseren Durchsiebens, Regulirung der Zusammensetzung (Sauerteig 15 Pfund, Salz 7 bis 8 Pfund, 10 Pud d. i. 320 Pfund gesiebtes Mehl), des Wassergehalts (70 pCt., höchste Grenze 80 pCt.), endlich der Grösse der Brote und der Ausgabezeit von der Vollendung des Backens an gerechnet, nämlich nicht früher als 12 bis 15 Stunden nach dem Erkalten, aber auch nicht später als nach zwei Tagen.

(35) Phinkelstein beschreibt die versuchsweise Ernährung mit Dschugarabrot. Die Pflanze Sorghum, Durra, Kaffernhirse, stammt aus Persien, ist an N reicher als Reis, aber ärmer als Weizen und Gerste; an C fast gleich, an Zucker reicher, an Cellulose und Salzen ärmer als Reis, aber ähnlich der Gerste und dem Weizen. Durchschnittliche Werthe an N-haltigen Theilen 7 bis 16, 8 pCt., an N freien 6,32 bis 7,67 pCt., an Fett zwischen 2,6 bis 4,4 pCt., Cellulose 1,5 bis 4,5 pCt., mineralischen Bestandtheilen 1,7 bis 5,5 pCt., Wasser 9,7 bis 16,9 pCt.

Versuche wurden an 33 Menschen gemacht, und zwar zuerst mit 3 Pfund, dann 5, später 7 Pfund pro Tag. Nach etwa 14 Tagen entstand Abneigung dagegen. Das Gewicht nahm im Allgemeinen gut zu. Die Wirkung auf den Darm war meist sehr reichlich; bei einigen wenigen musste der Versuch aufgegeben werden. Blau.

5. Bekleidung und Ausrüstung.

Siehe auch unter II. 1—7, 12 u. 13, IV. B. 7 (3 u. 4), VI. B. 11 (5).

1) Zur Frage der Uniformänderung. M. W. Bl. S. 787. — 2) Bestimmungen über die neue Bekleidung und Ausrüstung des Ostasiatischen Expeditionskorps vom 9. Februar 1901. Beilage zu No. 5 des A. V. Bl. — 3) Bekleidung und Ausrüstung der Mannschaften der Halbinvaliden-Abtheilungen. A. V. Bl. No. 12. — 4) Einführung der feldgrauen Litewken in Württemberg. v. L. J. S. 26.

(1) Sämmtliche Waffengattungen und Truppentheile des deutschen Ostasiatischen Expeditionskorps haben im Wesentlichen eine gleiche Uniform erhalten. Sie unterscheiden sich nur durch verschiedenfarbige Besatzstreifen, Vorstösse, Schulterklappen und Abzeichen (Nummer, Granate u. s. w.) und die Helmbeschläge. Die Schulterklappen sind zum Anknöpfen; in den Standorten werden einfarbige (weiss, roth u. s. w.) getragen, bei Operationen solche von der Grundfarbe mit farbigem Vorstoss. Die Uniform besteht aus einer Winter- und einer Sommeruniform. Erstere ist aus feldgrauem Tuch, Letztere aus khakifarbenem Drillich oder Baumwollenstoff; Mütze, Rockblouse, Hosen und für den Winter auch der Mantel sind von gleichem Stoff. Die Sommermütze hat weder farbigen Besatz noch Vorstoss. An Stelle des Strohhutes tritt der Tropenhelm. Die Stiefel sind aus naturfarbenem Leder, die Reitstiefel für An-

schnallsporen eingerichtet. Der Helm hat die alte Form behalten, ist aber mit feldgrauem Tuch überzogen; Vorder- und Hinterschiene fallen fort. Adler und Spitze sind abnehmbar. Beide Schirme sind von grauem Leder, desgleichen die Kinnriemen, die an Stelle der Schuppenketten getreten sind; mit den Tschakos, die für Jäger und Mannschaften der Trainformationen beibehalten sind, ist in gleicher Weise verfahren worden. Den Tornister ersetzt ein Rückengestell mit Tragriemen und Gepäcksack. Leibriemen mit Seitengewehrtasche, Säbelkoppel, Patrontäschchen, Bandolier, Revolvertasche mit Riemen sind aus grünbraunem Leder hergestellt. Als allgemeines Rangabzeichen vom Unteroffizier bis zum Feldwebel bezw. Wachtmeister wird ausser der schwarz-weiss-rothen Borte an Kragen und Aufschlägen der Blousen, an diesen und am Mantel am linken Oberarm ein nach oben offener Winkel von derselben Borte getragen. Die etatsmässigen Feldwebel, Wachtmeister, Stabshoboisten und Stabstrompeter tragen diesen Besatz nicht nur über dem Aufschlag der Blouse, sondern auch auf dem Umschlage des linken Aermels am Mantel. Für die Offiziere, Sanitätsoffiziere und Beamten sind die Bestimmungen ganz analog wie bei den Mannschaften. Das Tressenbandolier wird durch ein solches von grünbraunem Leder ersetzt. Eine genaue Uebersicht der Unterscheidungszeichen der Waffengattungen und Truppentheile des Ostasiatischen Expeditionskorps bildet den Schluss der Bestimmungen.

(3) Von den für die Mannschaften der Halbinvaliden-Abtheilungen für den Frieden etatsmässigen Ausrüstungsstücken kommen die Tornister mit Trageriemen, Mantelriemen und Brotbeutel künftig in Wegfall. Red.

6. Uebungen. — Gymnastik. — Körperpflege.

Siehe auch unter II. 5 (3).

1) Bajonettir-Vorschrift für die Infanterie. A. V. Bl. No. 11. — 2) Deeleman. Gewehröl und Panaritium. D. m. Z. S. 93. — 3) Merz. Neuere Versuche zur Präventivbehandlung der Hyperidrose der Füsse und ihre Folgezustände bei der Fusstruppe. Sch. M. f. O. a. W., 4. Heft. — 4) Grumme. Die Beseitigung des Schweissfusses durch Tannoform. D. m. Z. S. 671. — 5) Zuntz u. Schumburg. Studien zu einer Physiologie des Marsches. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 30. — 6) Riedel. Angriffsgeschwindigkeit der Infanterie und ihr Einfluss auf die Truppe. W. m. J. Heft 6. — 7) Talisin. Hygienische Körperübungen in der Armee. W. m. J. Heft 6. — 8) Bruck. Die Einführung der Zahnpflege in Heer und Marine. Breslau. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 99. — 9) Jessen. Zahnhygienische Forderungen. D. Monatsschr. f. Zahnheilk., XIX. Jahrg., Mai-Heft. — 10) Müller, Rich. Ohrenhygiene beim Haareschneiden. A. S. Z. No. 4. — 11) Winternitz. Das Bad als Infektionsquelle. Kr. Pfl., I. Jahrg. S. 137. — 12) Proelss. Ueber die sanitätspolizeiliche Ueberwachung des Radelns, besonders bezüglich der Geschäftsdreiräder für halberwachsene junge Leute. D. V. ö. G., 33. Bd. 3. Heft, S. 401. — 13) Merkel. Hygiene des Radfahrens. D. V. ö. G., 33. Bd., 1. Heft, S. 119 (V. 25. V. D. V. G.). — 14) Vuillemin. Rationelle Gymnastik und physische Erziehung des Soldaten. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. S. 436. — 15) Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Volksbäder. 5. u. 6. Heft. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 103. — 16) Das Bad in Wort und Bild. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 103. — 17) Forster u. Kopp. Temperirbare Douchen. Kr. Pfl. Heft 4.

(3) In weiterer Ausführung der vom schweizerischen Oberfeldarzte angeordneten Versuche mit Formalin bei Fussschweissen (siehe Roths Jahresbericht für 1889 Seite 39) berichtet Brigadearzt Major Merz über seine in der Rekrutenschule VIII./3. während des Jahres 1899 gemachten Erfahrungen betreffend die prophylaktische Anwendung des Mittels. Es wurde eine 10prozentige Lösung benutzt. Die eine Hälfte der Schule wurde mit Formalin prophylaktisch behandelt, die andere Hälfte erhielt nur die gewöhnlichen Reinigungsfussbäder. Das Resultat der Nachschau im Anschlusse an einen anstrengenden Marsch war, dass unter den Gepinselten 14,8, unter den Ungepinselten 35,8 pCt. Hyperidrose der Füsse aufwiesen, so dass durch die prophylaktische Behandlung die Zahl der Schweissfüsse um mehr als die Hälfte herabgesetzt erschien.

Trotzdem lasse das Verfahren noch Manches zu wünschen übrig; so versage es bei hartnäckigeren Fällen und sei ziemlich umständlich und zeitraubend. Deshalb hat Merz in der Rekrutenschule während des Jahres 1900 die prophylaktische Behandlung mit Tannoform versucht.

Es wurden durch drei aufeinanderfolgende Tage bei jeder Kompagnie 1 Zug mit Tannoform und 2 Züge mit dem vorgeschriebenen Fusspulver behandelt, während 1 Zug nur Fussbäder erhielt. Eine Woche später, an einem heissen Felddienstübungstage fand die Nachschau statt, die bei den mit Tannoform Behandelten 20,1 pCt., bei den mit dem Ordonnanzfusspulver Behandelten 52,1 pCt. und bei den Unbehandelten 67,8 pCt. Hyperidrosefälle ergab.

Merz erklärt das Tannoform als ein ausgezeichnetes und völlig unschädliches Mittel zur Herabsetzung der Zahl an Fusskranken bei der Truppe. Joh. Steiner.

(6) Riedel berechnet aus der russischen und anderweitigen Litteratur sowie auf Grund eigener Versuchsreihen mit vollständig gesunden, ausgeruhten Mannschaften, dass bei gutem Boden und guter Witterung die Beschleunigung des Marschtempos für den Angriff nicht mehr als 130 Schritt in der Minute betragen darf, wenn nicht die Gesundheit der Leute und die Leistungsfähigkeit der Truppe gefährdet werden soll.

(7) Talisin bespricht die Turnübungen in der russischen Armee und weist auf die Gefahren für Rekruten hin, welche der Uebermüdung leicht anheim fallen: während die kräftigeren sich wieder erholen, nehmen die schwächeren leicht dauernd Schaden. Er verlangt desshalb Trennung der Rekruten in zwei entsprechende Gruppen und gesonderte Ausbildung. Blau.

(13) Ref. stellt folgende Leitsätze auf: 1. Das Radfahren ist nur gesunden Personen zu gestatten. 2. Bei körperlichen Gebrechen, Erkrankungen und Neigung zu solchen, bei jugendlichen und älteren Personen ist vor Beginn des Radfahrens ärztlicher Rath einzuholen. 3. Die jeweilige Leistungsfähigkeit eines Radfahrers hängt von seinem Allgemeinbefinden ab. 4. Der Rennsport beim Radfahren ist verwerflich. Hintze.

(17) Zur Warmwasser-Regulirung bei Bädern empfiehlt T. Forster einen Mischapparat für Brausen, in zwei Konstruktionen. Die eine ist an Heisswasserleitungen direkt anschliessbar (Krankenhäuser, Volksbäder u. s. w.), die andere für gewöhnliche Oefen zu verwenden. Vorzug: Einfachheit.

O. Köpp giebt eine heizbare Brause an, eine Schnelldouche, bei welcher die Verbrennungsgase einer Flamme aufgefangen und direkt der Brause

zugeleitet werden. Die Flamme wird durch Gas oder Spiritus gespeist. Vorzug: Schnelligkeit (30° in 3 Minuten zu erreichen). Billigkeit.
Blau.

7. Abfallstoffe. — Desinfektion.

Siehe auch unter IV. B. 2 (14), VI. B. 2 u. VI. C. 2.

1) Musehold. Weitere Untersuchungen zu dem im § 2,1 der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 28. Jan. 1899 für Rosshaarspinnereien u. s. w. vorgeschriebenen Desinfektionsverfahren mittelst Wasserdampf. A. K. G., Bd. XVIII, Heft 1. — 2) v. Esmarch. Verbreitung von Infektionserregern durch Gebrauchsgegenstände und ihre Desinfektion. H. R. No. 2. — 3) Erfahrungen mit der Desinfektion der Wäsche nach Jaeger in den Garnisonlazarethen. D. m. Z., A. B. S. 70. — 4) Desinfektion der Ausrüstungsstücke der russischen ostasiatischen Truppen. W. m. J. Heft 11. — 5) Grammatschiko. Die Desinfektionskraft von Seifen. W. m. J. Heft 5. — 6) Schumburg. Zur Desinfektion des Harns bei Typhusbakteriurie durch Urotropin. D. m. W. S. 134. — 7) Lübbert, A. Ueber die Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd. D. m. Z. S. 509. — 8) Jacobitz. Ueber desinfizirende Wandanstriche. Z. H. u. I., Bd. 37 S. 70. — 9) Kirstein. Leitfaden für Desinfektoren in Frage und Antwort. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 103. — 10) Paul. Entwurf zur einheitlichen Werthbestimmung chemischer Desinfektionsmittel. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 160. — 11) Seige. Ueber die desinfizirende Wirkung der Alkoholdämpfe. A. K. G. Heft 2. — 12) Herr. Desinfektion von Badewässern Typhuskranker. D. m. Z. 1902, S. 36. — 13) Leopold. Die Verwendung der Springfeldschen Formalinketten zur Formaldehyd-Desinfektion von Wohnräumen. D. m. Z. 1902, S. 227. — 14) Voss. Uebersicht über die verschiedenen Arten der Reinigung städtischer Abwässer. C. a. G., 11. u. 12. Heft. —15) Gärtner. Die Beseitigung der städtischen Abwässer. B. kl. W. S. 186. — 16) Kröhnke. Ueber Zweck und Bedeutung des Faulraumes bei Abwasserreinigungs-Anlagen. G. J., No. 1. — 17) Steuernagel. Die biologische Reinigung der Kanalwässer. C. a. G., 7. u. 8. Heft. — 18) Nussbaum, H. Chr. Die Verunreinigung und Selbstreinigung der Flüsse. G. J. Heft 5. — 19) Derselbe. Beiträge zur Abwasserklärung. G. J. No. 1. — 20) Heuser. Zur biologischen Reinigung städtischer Schmutzwässer. C. a. G. Heft 11 u. 12.

(4) Die Ausrüstungsstücke der von Ostasien zurückkehrenden Truppen wurden in Feodosia mit Formaldehyd im Grossen desinfizirt.

(5) Grammatschikow hat im Laboratorium des Russischen Wissenschaftlichen Komitees einige Seifen auf ihre Desinfektionskraft untersucht. Zweck: Beurtheilung der rationellsten Reinigung von Mannschaftswäsche. Benutzt wurden 1. Sapo viridis, 2 eine weissgraue Seife der Fabrik von Zukow, 3. eine Kali-Lysolseife, die von Prof. Leowschin ad hoc empfohlen ist und 4., 5. zwei Sorten Katechu-Kreolinseife (Godzewicz) für Wäsche-, bezw. für Körperreinigung. Untersuchungsobjekte: Kulturen von Typhus, Staphylokokken und sibirische Pest, in Seidenfäden oder in Emulsionen theils mit den Seifen vermischt, theils auf Wäschestücke vertheilt. Ergebniss: (Unter Ausschluss der Hitzewirkung.) Alle erprobten Sorten sind desinfektionskräftig und zwar an Intensität steigend von 35° bis 60° C.; unabhängig von Laugen- und Alkaligehalt. Blau.

(6) Schumburg hält es für durchaus nicht erwiesen, dass Urotropin die im Urin befindlichen Typhusbazillen tödtet, es ist vielmehr möglich, dass sie nur in ihrem Wachsthum gehemmt werden. Die Desinfektion des Typhusurins mittelst Urotropin ist daher unsicher und die in der Armee schon längst eingeführte Desinfektion des Urins mit Sublimat unter keinen Umständen entbehrlich.

(8) Auf Grund eigener Untersuchungen kommt J. zu dem Resultat, dass von den in der Praxis angewandten Wandanstrichen die Porzellanemaillefarben Pef. 2097 B und Pef. 2098 B der Firma Rosenzweig und Baumann in Kassel die grösste desinfizirende Wirkung ausüben. Als Ursache dieser Eigenschaft werden die Aldehyde angesehen, welche beim Trocknen des in diesen Farben befindlichen Leinöles sich entwickeln.

Schurig.

(11) Dämpfe mit einem Alkoholgehalt von 46 pCt. bis 66 pCt. wirken am energischsten, solche von 80 pCt. bis gegen 90 pCt. schon weniger, um dann in der Konzentration von über 90 pCt. so gut wie unwirksam zu werden. Die Desinfektionswirkung der gasförmigen Alkohol-Wassergemische nimmt also mit steigendem Alkoholgehalt ab und ist abhängig vom Wassergehalt. Selbst im günstigsten Falle erfolgt die Abtödtung der Sporen durch diese Dämpfe nicht so schnell wie durch strömenden Wasserdampf von 100°. Ihre Anwendung statt des Wasserdampfes ist auch wegen der grösseren Kosten und der Feuersgefahr nicht empfehlenswerth.

Kemp.

(14) Die Frage der Abwässerreinigung der Städte Barmen und Elberfeld vor Einleitung in die Wupper hat den Verf. dazu geführt, die verschiedenen Arten von Abwässerreinigung einer kritischen Betrachtung zu unterziehen. 1. Die mechanischen und chemisch-mechanischen Anlagen leiden besonders an dem Uebelstand, dass grosse Massen von ausserordentlich schwer zu beseitigendem Schlamm resultiren, dann aber auch daran, dass durch Zusatz der Chemikalien (Kalk u. s. w.) ein grosser Theil der für die Mineralisirung der organischen Stoffe unbedingt nöthigen Bakterien ausgefällt und abgetödtet werden. 2. Das Berieselungsverfahren ist zwar unstreitig das beste und wird allen Anforderungen in Bezug auf Reinigung der Abwässer gerecht, ist aber wegen der dazu nöthigen ausserordentlich grossen Bodenflächen für sehr viele Städte nicht durchführbar. 3. Das biologische Verfahren, wie es in Manchester versuchsweise zur Einführung gelangt ist. Es besteht darin, dass nach Beseitigung von groben Verunreinigungen durch Siebe u. dergl. die Abwässer auf Filterbecken von Kohlenschlacke oder in einen sogenannten Faulraum gebracht werden und dort durch die Thätigkeit der Bakterien im Verein mit dem Sauerstoff der Luft die organischen Stoffe zu Salpetersäure bezw. Kohlensäure überführt werden. Dadurch wird eine nun folgende Berieselung auf bedeutend kleineren Bodenflächen möglich.

(16) Verf. zieht aus den Erfahrungen, welche Versuche und Praxis geschaffen haben, die Schlussfolgerung, dass für natürliche Abwasser-Reinigungsanlagen die Vorlage eines Faulraumes die Hauptsache bleibt, um zu besten Betriebsresultaten zu gelangen; dass ferner die Oxydationsbeete durch die Vorlage des Faulraumes auf das möglichst kleinste Flächenmaass zu konzentriren sind und dass endlich die Schlammfrage im Faulraume die günstigste Lösung findet.

(17) Steuernagel giebt in dem kurzen Auszuge den Vorgang des zur Reinigung von Kanalwässern am besten geeigneten biologischen Verfahrens

an. Es besteht in der Behandlung im Faulbecken mit darauffolgender doppelter Filterung. Nöthig dazu ist eine vorangehende Reinigung der Kanalwässer von Sand u. dergl. Aus allen in dieser Weise in England gemachten Versuchen geht hervor, dass die auf solche Weise gereinigten Kanalwässer keine organischen Stoffe mehr enthielten, wohl aber noch eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Bakterien. Der Gehalt an denselben ist aber nicht grösser, als derjenige des Seinewassers oberhalb Paris. Man kann daher diese Wässer unbedenklich in die Flüsse einleiten, falls man nicht vorzieht, die Keimzahl durch eine Bodenberieselung noch zu vermindern. Und diese doppelte Reinigungsweise würde dann einerseits einwandfreie Abwässer ergeben, andererseits auch ermöglichen, dass die Berieselung stets unter den für den landwirthschaftlichen Betrieb günstigen Bedingungen funktioniren könnte.

(20) Aus den bisherigen Ergebnissen der Versuchsanlagen zur bakteriologischen Reinigung von Schmutzwässern wird man Folgendes feststellen können. Es steht ausser Zweifel, dass städtische Schmutzwässer einschl. der gewerblichen Abwässer auf bakteriologischem Wege in einer im Grossen durchführbaren Weise gereinigt werden können. Dies geschieht am besten in offenem oder überdecktem Faulraum, oder auch in einem Bakterienbett von grober Korngrösse (3 bis 25 mm). Jede Stadt muss zunächst mit ihren eigenen Abwässern Reinigungsversuche in dieser Weise anstellen, um je nach der Art der Abwässer, des Geländes, das zur Verfügung steht, die Grösse der betreffenden Einrichtungen bemessen und danach Anhaltspunkte für die Entwürfe und Kostenberechnung gewinnen zu können. Mit Erfolg sind zur Anlage der Bakterienbetten bisher Coaks, Kohlenschlacke und Ziegelbrocken verwendet. Auch Tuffstein oder andere Stoffe würden dazu sich als brauchbar erweisen.

Hintze.

8. Verhütung von Krankheiten.

Siehe auch unter VI. B. 1—6.

1) Kolle. Bericht über die Thätigkeit in der zu Studien über Pest eingerichteten Station des Institutes für Infektionskrankheiten 1899/1900. Z. H. u. I. Heft 3. — 2) Vorläufiger Entwurf von Bestimmungen über die wechselseitige Mittheilung des Auftretens von Volkskrankheiten seitens der Civil- und Militärbehörden. D. m. Z. A. B. S. 50. — 3) Blumenthal. Der Transport ansteckender Kranken in Berlin. Kr. Pfl., Heft 2. — 4) Burghardt. Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Bespr. D. m. Z. S. 117. — 5) Mandl. Ueber die Bedeutung der Infektionskrankheiten im Allgemeinen und speziell in der Armee. O. m. w. V. LXII. Bd., 3. Heft. — 6) Gaffky. Maassregeln zur Bekämpfung der Pest. D. V. ö. G., 33. Bd., 1. Heft, S. 9 (V. 25 V. D. V. G.). — 7) Gerhardt. Betrachtungen über Epidemien in Kurorten. Kr. Pfl., Oktoberheft. — 8) Wernicke. Bericht über die ätiologische Erforschung der Typhusepidemie im Füsilier-Bataillon des Grenadier-Regiments No. 12 in Frankfurt a. O. D. m. Z. 1902, S. 37. — 9) Paalzow. Die Aufgaben des Truppenarztes im Kampfe gegen die Tuberkulose. Bespr. D. m. Z. S. 533. — 10) Neumann. Die Prophylaxe im Militärsanitätswesen. München. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 28. — 11) Kossel und Overbeck. Bakteriologische Untersuchungen über Pest. Theil I. A. K. G., Bd. 18, Heft 1. — 12) Kossel und Nocht. Ueber das Vorkommen der Pest bei den Schiffsratten und seine epidemiologische Be-

deutung. A. K. G., Bd. 18, Heft 1. — 13) Schilling. Ueber eine bei Ratten vorkommende Seuche. A. K. G., Bd. 18, Heft 1. — 14) Aufrecht. Lungentuberkulose und Heilstätten. B. k. W. S. 1062. — 15) Koch, Rob. Die Bekämpfung der Tuberkulose unter Berücksichtigung der Erfahrungen, welche bei der erfolgreichen Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten gemacht sind. D. m. W. S. 549. — 16) Pannwitz. Zur Tuberkulosebekämpfung. Bespr. D m. Z. 1902, S. 100. — 17) Moeller, A. Die Lungentuberkulose und ihre Bekämpfung. Bespr. D. m. Z. S. 538. — 18) Rouget. Die Aetiologie der Lungentuberkulose in der Armee. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 45. — 19) Burwinkel. Die Lungenschwindsucht, ihre Ursachen und Bekämpfung. München. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 209. — 20) Schmidt, F. C. Th. Die Tuberkulose, ihre Ursachen, ihre Verbreitung und ihre Verhütung. Braunschweig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 209. — 21) Vallin, Kelsch, Ralliet, Blanchart und Laveran. Instruktion über die Prophylaxe der Malaria. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 46. — 22) Maassnahmen gegen die Malaria im Kriegshafen zu Pola. V. S. 277. — 23) Vaillard. Bericht über die Impfung und Wiederimpfung in der französischen Armee. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 47. — 24) Borntraeger. Das Buch vom Impfen. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 101. — 25) Stumpf. Bericht über das Ergebniss der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1900. M. m. W. No. 51 u. 52, S. 2045 u. 2107. — 26) Blass. Die Impfung und ihre Technik. 2. Aufl. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 34. — 27) Loeffler und Uhlenhuth. Ueber die Schutzimpfung gegen die Maul- und Klauenseuche, im Besonderen über die praktische Anwendung eines Schutzserums zur Bekämpfung der Seuche bei Schweinen und Schafen. D. m. W. S. 7. — 28) Fürst. Ueber Aetiologie und Prophylaxe der Leprakrankheit. Leipzig. - 29) Schmidtmann. Die internationale Konferenz zu Brüssel im Jahre 1899 und die in Preussen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten seither getroffenen Maassnahmen. H. R. No. 21. — 30) Trank. Zur Prophylaxe der Gonorrhoe. Deutsche Med. Ztg. No. 31.

(3) Viele dunkel gebliebene Infektionsquellen in einer Garnison wie Berlin mögen sich aus folgender Schilderung erklären:

Blumenthal stellt aus der Aufnahmestatistik mehrerer Berliner Krankenhäuser die Thatsache fest, dass der weitaus grösste Theil aller mit ansteckenden Krankheiten Behafteter auf unzweckmässigem Wege befördert wird. Droschken, Privatfuhrwerke und, besonders für kranke Kinder, Omnibus und Strassenbahn als bequemstes Mittel, stehen überwiegend im Vordergrund. Die Krankenwagen, welche das ausschliessliche Monopol für infektiös Kranke haben (Lück, Kopp, Rünzel), haben z. B. im Jahre 1897 nur 637 solcher Patienten befördert, obgleich 19 423 ansteckende Kranke in den Krankenhäusern registrirt sind, d. h. es sind knapp 3 pCt. auf zweckmässige Weise befördert worden. Die Gründe für die mangelhafte Benutzung der Wagen sind einmal der hohe Preis von 10 Mark, sodann die Scheu vor dem Begriff und der Form des „Krankenwagens", der Widerwille gegen den Transport in liegender Stellung u. s. w. Die Besserungsvorschläge Blumenthals bewegen sich in den entsprechenden Richtungen. Auch der Name Sanitätspolizei wird als ungeeignet bezeichnet. Blau.

(5) Der im militärwissenschaftlichen Vereine zu Arad gehaltene Vor-

trag beginnt mit einer Auseinandersetzung über das Wesen der Infektionskrankheiten und ihrer Erreger. Dann werden die Wege der Infektion, die natürlichen Schutzvorrichtungen des menschlichen Organismus, und die sonstigen Mittel der Prophylaxe im Frieden und im Kriege besprochen. An der Hand der Sanitätsgeschichte einzelner Feldzüge gelangen die durch Infektionskrankheiten angerichteten Verwüstungen in den Armeen zur Erörterung. Zum Schlusse bespricht der Vortragende die Grundsätze und Methoden der Schutzimpfung sowie die bisher damit erzielten praktischen Erfolge. Joh. Steiner.

(6) Dem Referat, gehalten in der 25. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Trier, stellt Referent einige Schlusssätze voran, deren Hauptpunkte folgende sind:

Da durch die Entdeckung des Krankheitserregers der Pest die Maassregeln zu deren Bekämpfung eine sichere Grundlage erhalten haben, so lassen sich die zum Schutz gegen das verseuchte Ausland erforderlichen Abwehrmaassregeln nach den Bestimmungen der internationalen Sanitätskonvention von Venedig um so sicherer durchführen, je besser vorgebildetes Personal dazu vorhanden ist. Dazu ist vor Allem nöthig, schon in seuchefreien Zeiten eine bessere Hygiene der Wohnungen anzustreben. Die etwa eingeschleppte Epidemie wird um so leichter im Keime zu ersticken sein, je früher dieselbe bakteriologisch festgestellt wird, wobei auch besonders auf ein etwa auffallendes Sterben unter den Ratten zu achten ist. Gruppenweise vorkommenden Lungenentzündungen ist in solchen Zeiten besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Neben der gesundheitlichen Kontrolle der einlaufenden Schiffe ist vor Allem auch eine ständige ärztliche Ueberwachung der Schiffsbevölkerung in den Häfen selbst nothwendig. Dazu gehört die Einrichtung von Desinfektionsanstalten und die Unterbringung von Kranken und verdächtigen Personen. Anzustreben bleibt der Erlass eines die obligatorische ärztliche Leichenschau regelnden Gesetzes.

Es ist wünschenswerth, dass bei den guten Erfolgen der Schutzimpfung mit abgetödteten Pestbakterien Impfstoff zur Immunisirung der Aerzte, Krankenpfleger u. s. w. bereit gehalten wird. Zugleich empfiehlt sich die Herstellung eines wirksamen Schutz- und Heilserums.
Hintze.

(7) Gerhardt weist zur Hygiene der Kurorte auf die Nothwendigkeit hin, gewisse Vorkehrungen gegen die Verbreitung von Epidemien zu treffen, nämlich 1) Anzeigepflicht für Typhus, Scharlach, Ruhr, in Kinderbädern auch für Masern und Keuchhusten. Noch andere Krankheiten, darunter Tuberkulose, können in Frage kommen. 2) Listenführung über die lokale Verbreitung bezüglich der Stadttheile und Häuser. 3) Jederzeit verfügbare Isolirräume. 4) Die Möglichkeit bakteriologischer Untersuchungen an Ort und Stelle. 5) Hygienische Beschaffenheit der Abfuhr- u. s. w. Anlagen. 6) Ueberwachung von Trinkwasser- und Milchverkehr und Aehnliches. Blau.

(11) Die Arbeit enthält die Ergebnisse der von beiden Verfassern ausgeführten Untersuchungen über die für die bakteriologische Diagnose der Pest des Menschen und der Thiere wichtigsten morphologischen und kulturellen Eigenschaften der Pesterreger. Der Anhang giebt eine Anweisung zur Entnahme und Versendung pestverdächtiger Untersuchungsobjekte und eine Anleitung zur bakteriologischen Feststellung von Pestfällen.

(12) Mittheilung des im Januar 1901 im Hamburger Hafen auf dem Dampfer „Pergamon“ vorgekommenen Falles von Rattenpest, die wahrscheinlich von Smyrna aus eingeschleppt war. Die Beschreibung, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, ist deshalb noch besonders interessant, weil dabei umfassende Maassregeln zur Verhütung der Infektion durch die Ratten, durch das infizirte Schiff und die Ladung getroffen wurden. Es sei daher besonders auf die Arbeit hingewiesen.

(13) Es handelt sich um eine theils akut unter vorwiegender Betheiligung des Darms verlaufende, theils um eine mehr chronische mit Infiltration der Lungen verbundene Seuche. Beide Formen fanden sich auch nebeneinander. Aus der vergrösserten Milz und aus erkrankten Lungentheilen liessen sich kurze plumpe, lebhaft bewegliche und leicht mit Anilinfarben färbbare Stäbchen in Reinkultur züchten, für die Schilling den Namen Bacillus pneumoenteridis murium vorschlägt. Der Bacillus ist für Ratten und Mäuse pathogen, verliert aber seine Virulenz bei längerer Fortzüchtung auf künstlichen Nährböden.

Die Kenntniss des Seuchenerregers ist abgesehen von seiner praktischen Verwertung zur Rattenvertilgung besonders bei drohender Pestgefahr in Bezug auf Unterscheidung von Rattenpest von Bedeutung. Kemp.

(14) Auf Grund seiner klinischen Erfahrungen und seiner pathologisch-anatomischen Studien kommt Aufrecht zu folgendem Resultat:

a) Als eine zweifellose Eingangspforte für den Tuberkelbazillus müssen die Tonsillen angesehen werden.

b) Der Tuberkelbazillus wird von den Tonsillen durch die Halslymphdrüsen bis zu den Mediastinaldrüsen befördert.

c) Von hier aus gelangen die Bazillen durch die unversehrte Gefässwand in den Lungenkreislauf und finden in den Lungenspitzen die günstigsten Bedingungen für die Läsion der Wand feinerer Gefässe mit nachfolgender Herdbildung.

Die grösste Gefahr für den Träger der kleinen, durch die bazilläre Gefässerkrankung entstandenen Lungenherde liegt in der zwischen diesen und rings um diese Herde auftretenden Entzündung des Lungenparenchyms, weil in diesem Exsudat die Tuberkelbazillen sich verbreiten und das Lungengewebe einschmelzen. Diese Entzündung zu verhüten, bezw. zu heilen, ist Aufgabe unserer hygienischen Maassnahmen und nicht zum mindesten eine der lohnendsten Aufgaben der Lungenheilstätten.

(15) Um Seuchen erfolgreich zu bekämpfen, muss man die zu ergreifenden Maassregeln aufs genaueste dem besonderen Wesen der Aetiologie der Seuche anpassen. Auf diese Weise hat man z. B. die Cholera, Pest, Hundswuth, Lepra in ihrer Ausbreitung beschränkt, bezw. erstickt. Bei der Weiterverbreitung der Tuberkulose ist der Auswurf von Schwindsüchtigen als die Hauptquelle der Infektion anzusehen; die Vererbung spielt nur eine untergeordnete Rolle, desgleichen die Uebertragung der Tuberkulose durch tuberkelbazillenhaltige Nahrungsmittel auf den Menschen. Unbedingt nöthig zur Bekämpfung der Tuberkulose ist eine Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, Gründung von Krankenabtheilungen für die Schwerkranken, die Anzeigepflicht und ferner die Belehrung der breitesten Volksschichten über die Ansteckungsgefahr seitens der Tuberkulösen.

(27) Nach mannigfachen Versuchen ist es gelungen, durch Einspritzung von 5 ccm Serum bei Ferkeln, und von 10 bis 20 ccm bei

ON MED.

FEB 28 19..

Schweinen und Schafen, Thiere, welche der höchsten Gefahr der Infektion mit Maul- und Klauenseuche ausgesetzt gewesen waren, zu schützen, ja in Beständen, in welchen die Seuche bereits ausgebrochen war, dieselbe schnell und sicher zu coupiren. Die Gewinnung des Serums ist sehr schwierig, da die Reinkulturen der betreffenden pathogenen Erreger nicht vorhanden sind. Die Höchster Farbwerke liefern jetzt ein Serum für den allgemeinen Gebrauch. Schurig.

V. Dienstunbrauchbarkeit und deren Feststellung.

Beurtheilung von Unfallfolgen.

Siehe auch unter II. 3, 4 u. 6.

Diensttauglichkeit. — Vortäuschung. — Selbstverstümmelung.

1) Enquête, betreffend die Einführung der zweijährigen Dienstzeit im österreichisch-ungarischen Heer. A. Z. No. 20. — 2) Jeschke. Die Bedeutung des Astigmatismus für die Diensttauglichkeit. D. m. Z. S. 589. — 3) Lobassow. Hornhautflecken durch Selbstverstümmelung. W. m. J. Heft 3. — 4) Justian. Ein ungewöhnlicher Fall von Selbstbeschädigung. M. A. No. 13 und 14.

(1) Gelegentlich einer Enquête, welche „Danzer's Armee-Zeitung" über die Frage: „Ist in Oesterreich-Ungarn eine Herabsetzung der Präsenzdienstzeit von drei Jahren auf zwei Jahre ohne Beeinträchtigung der Kriegstüchtigkeit der Armee durchführbar, und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfange?" einleitete, äusserte sich ein Militärarzt, wie folgt:

Die Herabsetzung der Präsenzdienstzeit von drei Jahren auf zwei Jahre ohne Beeinträchtigung der Kriegstüchtigkeit der Armee könnte nur unter der Voraussetzung erfolgen, dass der Mann jene militärischen Kenntnisse und Fertigkeiten, die er sich jetzt im Verlaufe von drei Jahren aneignet, schon innerhalb zweier Jahre erwerben muss. Diese Mehrleistung würde eine nicht unwesentliche Steigerung der Ansprüche, die an die körperliche Leistungsfähigkeit des Mannes gestellt werden, und die schon gegenwärtig ziemlich gross sind, zur Folge haben. Es ist aber fraglich, ob bei der Qualität des Rekrutenmaterials in Oesterreich-Ungarn eine solche Mehrleistung ohne Gefährdung der Gesundheit möglich ist? Auch müsste, wenn bei Aufrechterhaltung der gegenwärtigen Friedenspräsenzstärke des k. und k. Heeres die Präsenzdienstzeit auf zwei Jahre herabgesetzt werden soll, das jährliche Rekrutenkontingent um 50 pCt., das ist um die Hälfte gesteigert werden. Dies dürfte mit Rücksicht auf den Umstand, dass das Rekrutenmaterial in den letzten Jahrzehnten gewiss nicht besser geworden ist, kaum möglich sein. Kirchenberger.

(3) Zur Frage der Selbstverstümmelung lassen sich einige Fälle von Hornhautflecken verwerthen, welche Lobassow aus dem Warschauer Bezirkshospital veröffentlicht. 6 Mann mit Cataracta consecutiva und 10 mit Macula corneae, meist gelbe, scharf begrenzte, manchmal körnigen Flecken ohne Reaktion, mit glänzender Oberfläche. Die Zusammenwirkung von Argent. nitric. und Kal. jodat. ist hier nicht ganz auszuschliessen, Versuche an Kaninchen gaben positive Resultate. Blau.

(4) Ein Rekrut rückte mit Geschwüren am Fusse und Unterschenkel ein und gab an, dass dieses Leiden in seiner Familie erblich sei und bei ihm seit seiner Kindheit stets wieder recidivire. Keine Krampfadern, keine nervösen Störungen. Das Aussehen der Geschwüre erweckte den Verdacht der Selbstbeschädigung. Feuchter Verband, und darüber eine blaue Binde, um die Geschwüre für etwaige Manipulationen von Seiten des Mannes unzugänglich zu machen. Heilung der Geschwüre nach 4 maligem Verbandwechsel, dagegen zeigte sich ein neues Geschwür knapp oberhalb des Verbandes. Zwei Sendungen seiner Angehörigen aus seiner Heimath, welche Blätter einer Ranunculusart und eines Knollenknoblauch (Allium sativum) enthielten, und den Aerzten in die Hände fielen, brachten den Mann endlich zu dem Geständnisse, dass er sich damit die Geschwüre erzeugte, um vom Militär loszukommen. Die Geschwüre heilten sodann anstandslos. Kirchenberger.

Beurtheilung von Unfallfolgen.

Siehe auch unter II. 7 (3), VI. B. 7d (7 u. 13), f (5 u. 6, 14 u. 16), VI. C. 2 (2).

1) Kaufmann. Die Abgrenzung von Unfall und Krankheit. A. S. Z. S. 1 und 27. — 2) Köhler. Der Arzt als Sachverständiger auf dem Gebiete der Unfallversicherung. B. k. W. No. 15. — 3) Mendel. Epilepsie und Träume. A. S. Z. S. 26. — 4) Sievert. Ueber Neuralgia traumatica. M. f. U. No. 11. — 5) Kienböck. Progressive spinale Muskelatrophie und Trauma. M. f. U. No. 11. — 6) Thiem. Ein Fall von Pseudotabes alkoholica. M. f. U. No. 12. — 7) Ehret. Zur Kenntniss der Gewohnheitslähmungen. M. f. U. No. 2 — 8) Bornträger. Rezidivirende, doppelseitige, traumatische Radialislähmung. A. S. Z. S. 433. — 9) Golebiewski. Traumatische tuberkulöse, gonorrhoische oder deformirende Gelenkentzündung? A. S. Z. S. 134. — 10) Jordan. Ueber die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt. M. m. W. No 44. Ref. M. f. U. No. 12. — 11) Honseil. Ueber Trauma und Gelenktuberkulose B. kl Ch. Bd. 28. Heft 3. Ref. M. f. U. No. 1. — 12) Bornträger. Pseudoleukämia lymphatica und Unfall. A. S. Z. S. 305. — 13) Kutschera. Traumatische Leukämie. A. S. Z. S. 351. — 14) Aronheim. Gutachten über einen Fall von traumatischer Pneumonie. M. f. U. No. 11. — 15) Wedekind. Diffuse tödliche Peritonitis nach Unterleibskontusion ohne makroskopisch sichtbare Organverletzung. A. S. Z S. 285. — 16) Thiem. Obergutachten, betreffend den ursächlichen Zusammenhang zwischen einer Darmeinstülpung und dem Heben eines etwa 1 Centner schweren Sackes. M. f. U. No. 7. — 17) Schott. Die Bedeutung des Traumas bei den verschiedenen Hernien. M. f. U. No. 3. — 18) Sonnenburg. Appendicitis und ihr Zusammenhang mit Traumen. D. m. W. No. 38. — 19) Mohr. Isolirter Fascienriss des äusseren, schrägen Bauchmuskels. M. f. U. No. 12. — 20) Knotz. Blasenstichverletzung vom Gesäss her. A. S. Z. S. 332. — 21) Bornträger. Weitgehende Folgen einer Zehenquetschung. A. S. Z. S. 501. — 22) Blencke. Ein Beitrag zu den Frakturen im Carpo-Metacarpal-Gelenk. M. f. U. No. 4. — 23) Lembke. Isolirte Fraktur des 1. Keilbeins. M. f. U. No. 4. — 24) Mayer. Schussverletzung der Fossa supraclavicularis. Traumatische Hysterie mit Contrakturen und Atrophie. A. S. Z. S. 434. — 25) Schäffer. Ueber Gewöhnung an Verletzungsfolgen unter Berücksichtigung der Spruchpraxis des Reichs-Versicherungsamtes. A. S. Z. No. 22. — 26) Hirschfeld. Unfall und

Diabetes. D. m. W. No. 34. — 27) Cramer. Zwei Radfahrunfälle mit Ausgang in Erblindung eines Auges. M. f. U. No. 1. — 28) Pollack. Unfallverletzungen des Gehörorgans. W. m. W. No. 1. — 29) Schmidt, Reinh. Ein Syphilom als Betriebsunfallfolge. M. f. U. No. 8. — 30) Schaper. Eröffnungsrede zu den Vorträgen über Arbeiterversicherung und Arbeiterschutzgesetzgebung. B. kl. W. S. 239. — 31) Placzek. Jahresbericht der Unfallheilkunde, gerichtlichen Medizin und öffentlichen Gesundheitspflege für die ärztliche Sachverständigenthätigkeit. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902 S. 255.

(1) Kaufmann bespricht im 1. Theil seiner Arbeit die Voraussetzungen für die Annahme von Unfallkrankheiten an der Hand einschlägiger Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamtes, wobei er die rechtliche und medizinische Frage des Sachverhaltes und die dabei erforderliche Mitwirkung der betheiligten Faktoren betont, wie wir sie bei unseren militärischen Dienstbeschädigungen aus dem Zusammenwirken von Truppenarzt und Kompagnichef kennen. Im 2. Theil wird die Zugehörigkeit der zweifelhaften Verletzungen zur Unfall- oder Krankenversicherung erörtert, namentlich geht Verf. auf den Unterschied zwischen Körperverletzungen in der Lenden- oder Kreuzbeingegend und der Lumbago rheumatica sowie auf die fälschlich als Verletzungen gedeuteten Affektionen des Schulter- und Kniegelenks ein.

(2) Köhler schöpft aus den Erfahrungen, welche er auf der Abtheilung für Unfallverletzte in der Charité gewonnen hat, mahnt die zuerst den Einzelfall begutachtenden Aerzte, auf die Verletzten von vornherein belehrend über den Grad ihrer Verletzung einzuwirken, um unberechtigten Wünschen vorzubeugen, beleuchtet des Weiteren den Uebelstand, dass (im Gegensatz zu unserer militärärztlichen Begutachtung) jeder Verletzte Einblick in das über ihn erstattete Gutachten fordern kann, und mahnt schliesslich alle Gutachter vor gegenseitiger gehässiger Kritik, die nur das ärztliche Standesansehen herabsetzt.

(3) Mendel fasst seine Ausführungen dahin zusammen, dass genuine Epilepsie (selbstverständlich scharf von der Jacksonschen Epilepsie zu unterscheiden) bei Erwachsenen nur ganz ausnahmsweise als Folge eines Traumas, speciell eines Kopftraumas auftritt.

(4) Die Sievertsche Arbeit beansprucht dadurch Interesse, dass sie auf eine nicht häufig vorkommende Erkrankung, nämlich auf eine Affektion des Nervus cutaneus femoris (névralgie paresthésique, névralgie du fémoro-cutané) hinweist. Bekanntlich kann diese Nervenerkrankung leicht Anlass zu Verwechselungen oder zur Annahme von Simulation geben, wenn sie dem Untersucher nicht bekannt ist. Da rein mechanische Momente, wie langes Gehen, Hintenüberbeugen, eventuell längeres Stehen, ursächlich wirken können, so dürfen wir diese Affektion vielleicht auch gelegentlich in der militärärztlichen Thätigkeit erwarten.

(5, 6, 7, 8) Haben spezielles neurologisches Interesse und mögen im Original nachgelesen werden.

(9, 10, 11) Golebiewski berichtet ausführlich über einen Fall von deformirender Gelenkentzündung, der von verschiedenen Gutachtern hinsichtlich der Entstehung verschieden beurtheilt wurde. Die Arbeit enthält eine Reihe wichtiger differenzial-diagnostischer Hinweise. — Jordan fordert für die Annahme traumatischer Tumoren und chirurgischer Tuberkulose einmal, dass die Neubildung bezw. Tuberkulose am Orte der

Verletzung entsteht, sodann dass die Erscheinungen sich möglichst bald an den Unfall anschliessen. — Honseil suchte die Frage: Trauma und Gelenktuberkulose experimentell zu klären, indem er Meerschweinchen und Kaninchen mit Tuberkulose infizirte und ihnen dann künstliche Gelenkdistorsionen beibrachte. Er fand, im Gegensatz zur Annahme anderer Autoren, dass von den verletzten Gelenken nicht nur nicht mehr, sondern im Gegentheil weniger tuberkulös erkrankten, als von den unverletzten. Er kommt daher zu der Annahme, dass die Tuberkulose sich nicht durch ein Trauma an ein Gelenk lokalisiren lässt, sondern nur aus einem latenten in einen manifesten Zustand übergeführt wird.

(12, 13) Im Kutscheraschen Falle bestätigte die Leicheneröffnung die Annahme einer traumatischen Leukämie infolge voraufgegangener Milzverletzung.

(14) Aronheim beobachtete einen sicher festgestellten Fall von Lungenentzündung mit tödlichem Ausgang, bei welcher zwischen der Verletzung (Quetschung des Thorax) und dem Auftreten der Pneumonie 8 Tage lagen. Der Fall war noch dadurch komplizirt, dass eine neue Schädigung durch Einathmen schweflig-saurer Dämpfe einige Tage nach der Quetschung hinzugetreten war.

(15) Thiem hat in einem sehr ausführlichen Obergutachten, in welchem die gesammte Litteratur dieser Frage angeführt ist, Stellung zu der Frage genommen, ob Darmeinstülpung (Invaginatio) durch Heben schwerer Lasten entstehen kann. Auf Grund kritischer Verwerthung aller Litteraturangaben und durch genaue Analyse seines eigenen Falles kommt er zu dem Schluss, dass als einigermaassen sichergestellte Fälle, in denen traumatische Gelegenheitsursachen für die Entstehung einer Darmeinstülpung verantwortlich gemacht werden können, nur die gelten dürfen, in denen direkte Quetschungen des Bauches stattgefunden haben, und dass unter allen an sich seltenen traumatischen Veranlassungen am allerseltensten schweres Heben, da nur ein einziger diesbezüglicher Fall bekannt ist und auch dieser bei der Dürftigkeit der Angaben nicht als wissenschaftlicher Beweis gelten kann, beobachtet ist.

(17) Schott stellt unter Benutzung der alten, ganz besonders aber der neueren Litteratur die Ansichten über die Bedeutung des Traumas bei der Entstehung von Brüchen zusammen. Berücksichtigt sind nicht nur die Leistenbrüche, sondern auch die selteneren Brüche einschliesslich Zwerchfell-, Bauch-, Schenkelbrüche. Ohne wesentlich Neues oder Eigenes zu bringen, ermöglicht die sehr fleissige Arbeit eine schnelle Orientirung auf diesem so häufig vorkommenden Gebiete der Sachverständigenthätigkeit.

(18) Sonnenburg hält die Entstehung einer Appendicitis durch ein äusseres Trauma auf Grund seiner eigenen, auf diesem Gebiete umfassenden Erfahrung für ein nicht nachgewiesenes Ereigniss. Ein gesunder Wurmfortsatz geräth nach seiner Ansicht durch äussere Insulte der Bauchgegend nicht in Entzündung, wohl aber ein krankhaft veränderter, der frühere schleichende Entzündungen durchgemacht hat. Für die praktische Beurtheilung kommt die Sache dann allerdings auf dasselbe hinaus, da für uns Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung dieselbe Wirkung wie die einfache Dienstbeschädigung hat.

(19, 20, 21) Sind Einzelbeobachtungen von weniger allgemeinem Interesse.

(22) Blencke fügt den bisher nur äusserst spärlich veröffentlichten Fällen von Frakturen in Carpo-Metacarpalgelenk des Daumens (sogenannte Bennetsche Fraktur) einen neuen hinzu. Erst die Röntgen-Durchleuchtung ermöglichte die jedesmalige genaue Diagnose dieser Verletzung, welche meist in einem Schrägbruch der palmären Hälfte der Gelenkfläche des ersten Mittelhandknochens dicht an seiner Gelenkverbindung mit den Handwurzelknochen besteht und ausserordentlich leicht mit einer Verstauchung oder Verrenkung des Mittelhandknochens des Daumens im Handwurzelknochengelenk verwechselt wird. Da die Störungen der Gebrauchsfähigkeit des Daumens nach dieser Verletzung oft recht lang anhaltende sind, wenn nicht frühzeitig durch sorgfältige Reposition und Extension der Bruchstücke mit bald nachfolgender Massage und Bewegung für gute Heilung gesorgt wird, so verdient diese bisher wenig beachtete Verletzungsform besondere Aufmerksamkeit.

(23) Auch die isolirten Brüche der Fusswurzelknochen sind selten und nur durch Röntgen-Untersuchung festzustellen, wie aus dem von Lembke veröffentlichen Fall von Bruch des ersten Keilbeins hervorgeht. Auch hier bestanden lange erhebliche Störungen der Funktionsfähigkeit.

(24) Mayer beobachtete in Anschluss an eine Schussverletzung in der linken Oberschlüsselbeingrube das Auftreten von Lähmungserscheinungen nicht nur im linken Arm, sondern fortschreitend Kaumuskelkrämpfe, Schlundmuskelreizungen, Harnbeschwerden, Abmagerung des linken Oberschenkels. Er schreibt der Hysterie einen wesentlichen Antheil an der Erkrankung bezw. deren Fortschreiten zu, es trat völlige Heilung ein. Da in der ausführlich beigefügten Krankengeschichte erwähnt ist, dass zunächst bald nach der Verletzung eine starke Eiterung eintrat, so erscheint es doch wohl fraglich, ob nicht eine fortschreitende Entzündung vom Plexus nach dem Halsmark zu stattgefunden und eine direkte Reizung weiterer Nervenfasern veranlasst hat. Auf diese Weise wird das Weiterschreiten der Nervenreizung auf weitere Gebiete auch ohne Annahme der Hysterie erklärlich. Paalzow.

(28) Nach Pollak fällt die Entscheidung der Frage, ob ein krankhafter Prozess im Ohr auf einen Unfall zu beziehen ist, in 60 pCt. der Fälle negativ aus, da zumeist eitrige Prozesse im Ohre vorhanden sind, die lange vor der Verletzung entstanden sind. Häufig findet man Veränderungen am Trommelfell in Form von Einziehungen oder Trübungen, welche im Zusammenhange damit, dass im Nasen-Rachenraume chronische Schwellungen vorhanden sind, darauf hinweisen, dass diese Veränderungen alten Datums sind. Bei der Beurtheilung der Frage, ob Schwerhörigkeit auf einen Unfall zu beziehen und welche Einbusse an seinem Hörvermögen der Verletzte davongetragen hat, muss die Hörprüfung mit grosser Genauigkeit vorgenommen werden, umsomehr, als solche Leute häufig übertreiben. Unumgänglich nothwendig sind Stimmgabelprüfungen, wobei man sich stets der Bezoldschen kontinuirlichen Tonreihe mittelst vieler Stimmgabeln bedienen muss. Das Hörvermögen ist nicht mit Flüstersprache, sondern mit lauter Konversationssprache zu prüfen, deren die Leute im gewöhnlichen Leben sich bedienen. Kirchenberger.

VI. Armeekrankheiten.

A. Allgemeines.

1. Handbücher, Jahrbücher, Gerichtliche Medizin.

1) Ebstein und Schwalbe. Handbuch der praktischen Medizin. 25. bis 31. Lieferung (Schluss). Bespr. D. m. Z. S. 301. — 2) Goldscheider, A. und Jacob, P. Handbuch der physikalischen Therapie. Bespr. D. m. Z. S. 530. — 3) v. Mehring. Lehrbuch der inneren Medizin. Jena. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 96. — 4) Gerhardt. Die Therapie der Infektionskrankheiten. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 89. — 5) Schlockow (Roth-Leppmann). Der Kreisarzt. Neue Folge von: Der preussische Physikus. 5. Aufl, Bd. I. Medizinal- und Sanitätswesen. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 259. — 6) Uhlenhuth. Eine Methode zur Unterscheidung der verschiedenen Blutarten, im Besonderen zum differentialdiagnostischen Nachweise des Menschenblutes. D. m. W. No. 6 u. 17., S. 999. — 7) Uhlenhuth. Weitere Mittheilungen über meine Methode zum Nachweise von Menschenblut. D. m. W. No. 17. — 8) Uhlenhuth. Weitere Mittheilungen über die praktische Anwendung meiner forensischen Methode zum Nachweis von Menschen- und Thierblut. D. m. W. S. 499. — 9) Dieudonné. Beitrag zum biologischen Nachweis von Menschenblut. M. m. W. S. 533.

(6 bis 8) Serum von Kaninchen, denen defribinirtes Rinderblut in Intervallen von 6 bis 8 Tagen mehrmals in die Bauchhöhle gespritzt ist, ruft eine Trübung nur in Rinderblutlösung hervor, alle Blutlösungen anderer Thiere bleiben klar. Es besteht somit eine spezifische Reaktion. Serum von in gleicher Weise mit Menschenblut behandelten Kaninchen giebt dieselbe spezifische Reaktion nur in Menschenblutlösung und zwar auch dann noch, wenn das Menschenblut vier Wochen lang auf einem Brett angetrocknet war. Diese Reaktion ist von grösster forensischer Bedeutung.

Auch wenn das zu untersuchende Menschenblut bis zu drei Monaten in stinkende Fäulniss übergegangen ist, wird die spezifische Reaktion durch vorbehandeltes Kaninchenserum nicht aufgehoben. Auch Blutwaschwässer, die mit schwachalkalischer Seife hergestellt waren, gaben deutlich die spezifische Reaktion, desgleichen Blutspuren im Schnee, die 14 Tage lang bei — 10° C. gefroren waren.

Die spezifische Reaktion findet auch bei eiweisshaltigem Urin statt.

An weiteren Beispielen zeigt Uhlenhuth, wie mit seiner Methode absolut sicher Menschen- und Thierblut diagnostizirt werden kann, auch wenn Jahre darüber vergangen sind. Es kommt aber darauf an, dass das Serum hochwerthig ist.

(9) Serum der mit Menschenblutserum vorbehandelten Kaninchen giebt eine Trübung nur in Menschenblutlösung, desgleichen Serum der mit stark eiweisshaltigem Harn vorbehandelten Kaninchen eine Fällung nur im menschlichen Eiweissharn und schliesslich Serum der mit Pleuraexsudat behandelten Kaninchen, diesem zugesetzt, gleichfalls einen deutlichen Niederschlag.

Ferner besteht zwischen diesen drei Sera eine Wechselwirkung in der Weise, dass jedes Serum eine Trübung in der Menschenblutlösung, im eiweisshaltigen Harn und in dem Pleuraexsudat giebt, dass jedoch die

Trübung am deutlichsten auftritt, wenn das Serum derjenigen Probe zugesetzt wird, aus der es gewonnen ist. Schurig.

2. Untersuchungsmethoden, Diagnostik und Therapie.

Siehe auch VI. B. 5 (14) u. 12.

10) Lipowski. Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Begründung und Technik. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 97. — 11) Ewald. Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre. Ergänzungsheft. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 102. — 12) Buttersack. Physiologische und psychologische Bemerkungen zur psychischen Therapie. Die deutsche Klinik. — 13) Buttersack. Nichtarzneiliche Therapie innerer Krankheiten. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 30. — 14) Bier. Ueber die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämien zu Heilzwecken. D. m. Z. S. 313 (V. K. I.). — 15) Loeffler. Eine neue Behandlungsmethode des Carcinoms. D. m. W. S. 725. 16) Lesser. Ueber die gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber und Jodpräparaten. D. m. W. No. 47 u. 48. — 17) v. Tappeiner. Lehrbuch der Arzneimittellehre und Verordnungslehre. Vierte neu bearbeitete Aufl. Leipzig. Besp. D. m. Z. 1902, S. 257. — 18) Biernacki. Die moderne Heilwissenschaft, Wesen und Grenzen des ärztlichen Wissens. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 97. — 19) Ebstein. Die Tastperkussion. Stuttgart. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 96. — 20) Waldvogel. Zur Blutgefrierpunktsbestimmung bei Typhus abdominalis. D. m. W. No. 16. — 21) Kühnemann. Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Differental-Diagnostik. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 96. — 22) Mühsam. Zur Differentialdiagnose der Appendicitis und des Typhus. D. m. W. No. 32. — 23) Krummacher. Beiträge zur Technik und Indikation der Metrauryse. B. kl. W. S. 293.

24) Hildebrand. Ueber den diagnostischen Werth der Röntgenstrahlen in der inneren Medizin. M. m. W. No. 49 u. 50, S. 1957 u. 2008. — 25) Albers-Schönberg. Röntgenphotographien von Nierensteinen. D. m. Z. S. 303 (V. K. Ch.). — 26) Gottstein. Ein Fall von Fremdkörper (Gebiss) in der Pars cardiaca des Magens, diagnostizirt durch Radiographie und Oesophagoskopie, Gastrotomie, Heilung. D. m. W. No. 23. — 27) Sehrwald. Prinzip und Einrichtung des Röntgenapparates mit Demonstrationen. D. m. Z. 1902 S. 227. — 28) Sehrwald. Ueber das Wesen der Elektrizität und Röntgenstrahlen. D. m. Z. 1902 S. 228. — 29) Cowl. Ueber verschiedene Projektionen des Thorax und über den diagnostischen Werth von Aufnahmepaaren. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. V. — 30) Immelmann. Sammelbericht über die letzten Arbeiten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. D. m. W. No. 36. — 31) Rosenthal. Ueber einige Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bespr. D. m. Z. S. 448.

32) Näher. Etwas über Röntgenstrahlen und Bogenlicht. A. f. L., II. Jahrg. Heft 7. — 33) Loewenthal. Das Licht als Heilfaktor. A. f. L., II. Jahrg. Heft 4. — 34) Below. Lichtbehandlung bei Diabetes. A. f. L., II. Jahrg Heft 10, 11. — 35) Derselbe. Reform des Lichtheilverfahrens für Hautkrankheiten. A. f. L., III. Jahrg. Heft 3. — 36) Bang. Die Wirkung des Lichtes auf Mikroorganismen. A. f. L., II. Jahrg. Heft 12. — 37) Mehrere Fälle von Ischias bei Lichtbehandlung. A. f. L.,

II. Jahrg. Heft 11. — 38) Krebs. Schwitzen in elektrischen Licht- und Heissluftkästen. D. m. W. S. 687.

39) v. Criegern. Die Feststellung kleiner Mengen freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle von dem Leistenring aus. B. k. W. S. 526. — 40) Kleine. Ueber die Resorption von Chininsalzen. Z. H. u. I., Bd. 38 S. 458. — 41) Bluemchen. Zur Technik und Verwendbarkeit subkutaner Chininjektionen. D. m. W. S. 259.

(15) Loeffler regt an, Krebskranke durch Einimpfung der Malaria von ihrem Leiden zu befreien.

(30) Durch Einführung des Fingers tief in den Leistenkanal hinein lässt sich bequem und sicher bereits eine geringe Menge freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachweisen, während die anderen Methoden noch ein negatives oder unsicheres Resultat ergeben.

(38) Die Glühlichtbäder haben im Allgemeinen eine grössere schweisstreibende Wirkung als die Bogenlichtbäder und die heisse Luft, andererseits wirken die Bogenlichtbäder auf das Herz am wenigsten erregend. Der Blutdruck sinkt bei Schwitzkuren in Glühlicht- und Heissluftkästen, bei Bogenlichtbädern ist öfter eine Druckerhöhung als Erniedrigung zu konstatiren. Temperatursteigerungen finden im Allgemeinen nicht statt, im Gegensatz zu den Dampfkastenbädern. Schurig.

(40) Chinin hydrochlor., per os nüchtern genommen, erscheint bis zu 29 % im Urin wieder; die Ausscheidung ist in der Hauptsache nach 24 Stunden beendet. Bei der Anwendung als Klysma werden nur bis zu 18 % Chinin im Urin ausgeschieden, bei subkutaner Anwendung sogar nur bis 15,32 %. In einem Falle von subkutaner Anwendung von Chinin bimuriat. waren sogar nur 11,37 % im Urin nachweisbar. Diese geringe Resorption des Chinin bei subkutaner Anwendung kommt daher, dass das unter die Haut gespritzte Chinin zum grossen Theil an Ort und Stelle ausfällt und erst allmählich dem Körper zugeführt wird, die subkutanen Injektionen haben daher den Vortheil einer dauernden Chininzufuhr.

(41) Um die Schmerzhaftigkeit und Narkose bei subkutanen Chininjektionen zu vermeiden, empfiehlt Bluemchen auf Grund eigener Erfahrungen 0,5 Chin. muriat. in 1 ccm heissem Wasser gelöst.

Schurig.

3. Verschiedenes.

42) Cantorowitz. Die Erfahrungen über die Zimmtsäurebehandlung der Tuberkulose in den Jahren 1888 bis 1891. „Schmidts Jahrbücher" der gesammten Medizin, Bd. CCLXXI. S. 196. — 43) Mandl. Ueber die Bedeutung der Infektionskrankheiten im Allgemeinen und Speziellen in der Armee. O. m. w. V. 62. Bd. 3. Heft. — 44) Martins. Das Vererbungsproblem in der Pathologie. B. kl. W. S. 781. — 45) Buttersack. Scheinbare und thatsächliche Krankheitsherde. B. kl. W. S. 990. — 46) Fränkel. Die Arzneimittel-Synthese auf Grundlage der Beziehungen zwischen chemischem Aufbau und Wirkung. Bespr. D. m. Z. S. 187. — 47) Poehl. Die Nervenüberreizungen als Ursache für Autointoxikation. D. m. W. No. 46.

(45) Buttersack weist darauf hin, dass bei der Entstehung von Krankheitsprozessen mehr als bisher das Lymphsystem als der Träger und der Verbreiter der Infektion berücksichtigt werden sollte. Schurig.

B. Innere Krankheiten.

1. Pest.

Siehe auch unter IV. B. 8 und IX. B. (22 u. 23).

1) Scheffler. Zur Frage der vorbeugenden Schutzimpfung gegen die Pest. W. m. J. Heft 8. — 2) Stand der Pest und Maassregeln Russlands gegen dieselbe. W. m. J. Heft 12. — 3) Sanitätsmaassnahmen gegen die Pest im russischen Eisenbahndienst. W. m. J. Heft 11. — 4) Tulatow. Gesundheitliche Maassnahmen gegen die Pest bei den Mekkapilgern. W. m. J. Maiheft. — Schottelius. 5) Die Bubonenpest in Bombay im Frühjahr 1900 H. R. No. 3, 4 und 5. — 6) Musehold. Die Pest und ihre Bekämpfung. Berlin. Bespr. D. m. 1902, S. 206. — 7) Proust. La Peste en 1900. Paris. — 8) Wirkung des Pestserums. V. K. G. No. 15. — 9) Martini. Ueber Inhalationspest der Ratten. Z. H. u. I. Bd. 38, S. 332.

(1) Scheffler impfte 64 Mann eines russischen Regiments in Saratow, welche als Jagdkommando in ein verseuchtes Gebiet gehen sollten, mit je 40 ccm Yersinschen Pestserums aus dem Pasteurschen Institute. Binnen 5 Stunden traten bei den Meisten heftige örtliche (Bauchhaut) und allgemeine Reaktionen, vielfach mit mässigem Fieber verbunden, ein, welch letztere 3 Tage anhielten, während die Entzündung und die Drüsenschwellungen, sowie Erytheme und Ekzeme zum Theil noch 8 Tage bestanden.

(2) Das Dezemberheft registrirt den Stand der Pest in Indien, China, Egypten, Australien, St. Mauritius, Türkei, Malta, Italien, Brasilien, England und Frankreich, die Maassregeln der betreffenden Länder und endlich die Quarantäneverfügungen Russlands. Dieselben umfassen: Ueberwachung des Verkehrs von Neapel mit 10tägiger Quarantäne am Endziel oder Aufenthaltsort; ferner gegen die Provenienzen aus Batum, wo ein verdächtiger Fall vorgekommen, sowohl in den Häfen des Schwarzen Meeres, wie an der Landesgrenze. Verstärkung des Aerzteetats in Batum, Ausrüstung mit Desinfektionsmitteln sowie Yersinscher und Haffkinscher Lymphe; endlich gegen den Zuzug aus Glasgow und Liverpool durch eine Quarantänezone an der Meergrenze in den baltischen Häfen. Die entsprechenden Orte Europas und anderer Erdtheile werden als verseucht öffentlich bekannt gegeben.

(3) Aus den Arbeiten der russischen Pestkommission werden als Maassnahmen auf Eisenbahnen folgende Grundsätze aufgestellt: 1. Die Grenzstationen müssen mit Desinfektionsapparaten und -Mitteln ausgerüstet sein. 2. Zuziehung von Aerzten behufs Ueberwachung. 3. Isolirung pestverdächtiger Kranker, Bereitstellung eines Raumes hierfür. 4. Reglement für die ärztliche Untersuchung: Die Besichtigung betrifft nur Reisende aus verdächtigen Gegenden, sowie Krankheitsverdächtige oder als krank Bezeichnete. Jeder wirklich Erkrankte ist in einem Krankenhause, oder in einem besonderen Waggon unterzubringen. Gesunde Passagiere werden ihren Behörden behufs Erfüllung einer 10tägigen Beobachtung namhaft gemacht; das Gepäck wird auf ärztliche Entscheidung hin desinficirt. Das Bahnpersonal hat auf die Reisenden ein besonderes Augenmerk zu richten.

(4) Dr. M. J. Tulatow hat eine Reise nach Mekka und Djedda unternommen, um im Sinne des Vorsitzenden der Pestkommission, Prinzen von

Oldenburg, die Frage zu lösen, welche Maassnahmen zum Gesundheitsschutze der russischen Mekkapilger zu ergreifen seien.

Aus der Reisebeschreibung ist hervorzuheben die vorzügliche egyptische Quarantäneanstalt in Tur, (Golf von Suez) wo die Pilgerschiffe entladen werden. Sie kann 10 000 bis 12 000 Pilger in ihren Räumen fassen. Direktor Dr. Zachariadis. Anlage: 3 Gebäude, jedes in Männer- und Frauenabtheilung geschieden. Auskleidezimmer, Doucheraum, kalte und warme Bäder, Sortirungsräume für Kleidung, 3 Desinfektionskammern mit zusammen 10 Dampfdesinfektoren. Ausserdem chemische Desinfektionsanstalt. Abwässer fliessen ins Meer.

Die Pilger werden sektionsweise (14 Abtheilungen zu 800 bis 1200 Köpfen in Zimmern von 7 bis 10 Mann) einquartiert, jede 2. Sektion bleibt unbelegt, um Isolirungen durchführbar zu machen. Wasserreservoir. Kantine. Lazareth. Verbindung der Gebäude durch Pferdebahnanlage. Barackenbauten.

Die Quarantänezeit dauert 12 Tage, die Routen zur Weiterreise sind vorgeschrieben, einige davon mit weiteren Quarantänestationen besetzt.

Die Maassnahmen, welche Tulatow der Regierung vorschlägt, sind in Kürze folgende:

1. Gruppirung der russischen Pilger und Hin- und Herbeförderung ausschliesslich auf russischen Schiffen. Nur dadurch können Umwege behufs Quarantäneentziehung ausgeschaltet werden.

2. Unterstellung der einzelnen Gruppen unter je einen sprachenkundigen und mit den orientalischen Lebensgewohnheiten vertrauten Führer.

3. Ausstattung der Dampfer mit 1 Arzt, 1 Feldscher und Arzneibezw. Desinfektionsmitteln.

4. Anwesenheit einer Kochküche an Bord, die jederzeit warme Getränke u. s. w. liefern kann.

5. Verbot der Mitnahme leicht verderblicher Vorräthe.

6. Womöglich Mitführung von Wasserkondensatoren behufs Nutzbarmachung des Meerwassers, oder von Eisbereitungsmaschinen.

7., 8., 9. Wasserstationen. Belehrungen. Dichtigkeit der Besatzung des Dampfers.

10., 11. Regelung der Evakuation von Pilgerschaaren vor dem Eintreffen neuen Zuzuges. Verbot der Mitnahme kleiner Kinder. (Sterblichkeit derselben im Orient!)

12., 13. Sicherstellung der Identität der Pässe bezw. der Persönlichkeiten. Besondere Kontrolle der türkischen Pässe, welche meist unzuverlässig sind.

14., 15. Schutz der Pilger durch Konsulate bezw. bewaffnete Begleitung der Karawanen.

16. Sicherung der Unterkünfte.

17.—20. Regelung der Reiserouten und 7- bis 10tägige Quarantäne in Feodosia bei der Rückkehr.

21.—25. Sonderbestimmungen. Blau.

(9) Primäre Pestpneumonie lässt sich mit Sicherheit durch Inhalation von Pestkeimen mittelst des Apparates Paroleine erzeugen. Die von Lungen zu Lungen fortgezüchteten Pestkeime haben die höchste Virulenz. Es empfiehlt sich daher, zur Herstellung von Schutzimpfstoff und Heilserum diese Pestkeime zu benutzen. Schurig.

2. Typhus.

Siehe auch unter IV. A. (12—14), IV. B. 2 (8), IV. B. 7 (6 u. 12), IV. B. 8 (8), VI. B. 7a (7).

1) Vincent. Abdominaltyphus bei Armeen im Felde. M. A. Nr. 3 und 4. — 2) Hünermann. Zwei Typhusepidemien beim VIII. Armeekorps. D. m. Z. S. 328 u. 398. — 3) Taussig. Ueber eine Manöver-Typhusepidemie aus dem Marodenhause in Bosnisch-Višegrad. M. A. No. 11 u. 12. — 4) Fraenckel, P. Die Göttinger Typhusepidemie im Sommer 1900. D. m. W. No. 12 u. 13. — 5) Tenholt. Ueber Unterleibstyphus im rheinisch-westfälischen Kohlenrevier. C. a. G. 1. u. 2. Heft, S. 39. — 6) v. Rieder. Der Abdominaltyphus in Riga 1900. D. V. ö. G. 33. Bd., 4 Heft, S. 577. — 7) Schüder. Zur Aetiologie des Typhus. Z. H. u. I. Bd. 38, S. 343. — 8) Widenmann. Die hämatologische Diagnose des Unterleibstyphus. D. m. Z. S. 44 u. 65. — 9) Hünermann. Ueber den Werth der Widalschen Serumreaktion bei Typhus nach den Erfahrungen an 357 Krankheitsfällen. D. m. Z. S. 487. — 10) Menzer. Die bakteriologische Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis. Berl. Klinik. Heft 160. — 11) Billet. Typhus in der Garnison Constantine. (Zur Serumdiagnose des Typhus.) A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. S. 436. — 12) Rumpel. Ueber die Methode der Gefrierpunktsbestimmung unter Berücksichtigung des Blutgefrierpunktes bei Typhus abdominalis. M. m. W. S. 223. — 13) Crook. Fünf Jahre Erfahrung in der antiseptischen Behandlung des Typhus. Medic. Times. No. 4. — 14) Schüder. Zur Ausscheidung der Typhusbazillen durch den Harn. D. m. W. No. 44. — 15) Schumburg. Zur Desinfektion des Harns bei Typhusbakteriurie durch Urotropin. D. m. W. No. 9. — 16) Unger. Beitrag zu den posttyphösen Knocheneiterungen. D. m. W. No. 31. — 17) Proschaska. Untersuchungen über die Eiterungen bei Typhuskranken. D. m. W. No. 9. — 18) Schuster und Kern. Ueber embolische Gangrän des Fusses nach Typhus abdominalis. D. m. Z. 1902, S. 43. — 19) Antonelli. La diazoreazione nella diagnosi e nella prognosi della febbre tifoide. An. m. n. No. III.

(1) Prädisponierende Ursachen für das Auftreten des Darmtyphus im Felde sind das Alter der Soldaten, die Jahreszeit der Mobilmachung und der kriegerischen Ereignisse, mangelhafte Ernährung, grosse Hitze, Ueberfüllung der Lager und Festungen, lange Dauer des Feldzuges, moralischer Zustand der Besiegten und die Uebermüdung. Aetiologisch spielt der Typhusbazillus als Erreger der Krankheit die wichtigste Rolle. Er verweilt latent im Darme und vermehrt sich hier, wenn er günstige Bedingungen findet. Das Trinkwasser spielt als Vermittler der Infektion die erste Rolle, so im russisch-türkischen, spanisch-amerikanischen und südafrikanischen Kriege.

Die Prophylaxe des Typhus gestaltet sich im Kriege sehr schwierig. Zu Beginn der Mobilmachung sind alle Schwächlichen auszuscheiden; jedem Offizier wäre eine Instruktion betreffs Vorbeugungsmaassregeln gegen Typhus einzuhändigen. Uebermüdung der Mannschaften ist nach Möglichkeit hintanzuhalten. Reinlichkeit der Nahrung und Bequartierung, Lüftung der Zelte und Baracken, Assanirung der Schlachtfelder sind strenge durchzuführen. Verdächtiges Wasser ist zu verbieten, beziehungsweise gekochtes zu verwenden. Jedes Armeekorps wäre mit den Apparaten zur bakteriologischen Untersuchung auszurüsten, Spezialspitäler für Typhuskranke einzurichten und die Dejektionen durch Feuer zu vernichten.

(3) Am 25. Juli 1900 marschierten die in Bosnisch-Višegrad in Garnison stehende 5. und 6. Feldkompagnie des k. und k. Infanterie-Regiments No. 51 zu den Korpsmanövern in die Herzegowina. Am 2. September biwakirten die beiden Kompagnien, auf dem Rückmarsche von den Manövern, an einem kleinen Bache bei Kalinowik, woselbst wenige Tage zuvor eine ganze Infanterietruppen-Division gelagert hatte. Trotzdem das Trinken des Bachwassers, das erwiesenermaassen durch menschliche und thierische Exkremente und andere Fäulnissstoffe verunreinigt worden war, streng verboten wurde, trank dennoch eine Anzahl Leute des Halbbataillons von demselben, obwohl in der Nähe des Lagerplatzes Quellwasser vorhanden war. Am 5. September Rückkehr der beiden Kompagnien in die ständige Garnison, deren zurückgebliebene Besatzung ebenso, wie die Civilbevölkerung damals und auch später vorzügliche Gesundheitsverhältnisse aufwies. Am 20. September erster Typhusfall bei einem Mann der 6./51. Kompagnie; bis 12. Oktober waren 21 Mann der obigen beiden Kompagnien, die nach ihrem Geständnisse das verbotene Bachwasser bei Kalinowik getrunken hatten, an Typhus erkrankt. Eine lokale Infektionsquelle konnte vollkommen ausgeschlossen werden; somit musste das in Rede stehende Bachwasser als solche angesehen werden, womit auch die Inkubationszeit (2½ bis 4 Wochen) übereinstimmt. Nach dem 12. Oktober kein weiterer Erkrankungsfall. Von den Erkrankten starben 4 = 19 pCt. Kirchenberger.

(5) In den Mittheilungen über die Typhusepidemien in Gelsenkirchen und Umgegend im Jahre 1890 und 1891 tritt Verfasser der Ansicht des Dr. Lindemann in Gelsenkirchen entgegen, welcher behauptet hat, dass die genannten Epidemien anf vorübergehende Verunreinigungen des Wasserwerks zurückzuführen seien. Er sucht den Nachweis zu führen, dass nicht die Wasserleitung die Schuld trage, sondern vielmehr die Verkehrsverhältnisse, Wohnungsverhältnisse und die Lebensweise der Arbeiter.

(6) Nachdem Verfasser die hygienischen Verhältnisse der Stadt Riga an der Düna in Hinsicht ihrer natürlichen und künstlichen Anlagen beschrieben hat, giebt er an der Hand von Tabellen und graphischen Darstellungen einen Ueberblick über die Typhusepidemie 1900 und fasst zum Schluss die daraus resultirenden Erfahrungen zusammen in die Sätze:

1. Die Rigaer Typhusepidemie 1900 ist ein eklatantes Beispiel für die Entstehung von Typhusepidemien durch infizirtes Trinkwasser.

2. Die Versorgung Rigas mit unfiltrirtem, Verunreinigungen und Infektionen ausgesetztem Flusswasser bildet eine grosse und beständige Gefahr für die Bewohner der Stadt. Hintze.

(7) Unter 650 Typhusepidemien konnte in 503 (77,4 pCt.) Fällen das Wasser, in 81 (12,5 pCt.) Fällen die Milch als der Träger der Infektion angegeben werden. Die Uebertragung von Typhuskeimen auf Personen der Umgebung ist immer noch eine ziemlich hohe. So z. B. befinden sich unter den in die Lazarethe während der Berichtsjahre 1881/97 aufgenommenen 23 554 Typhuskranken 1012 Lazarethgehülfen und Krankenwärter (= 4,3 pCt.) und ausserdem 478 Leute (= 2,0 pCt.), welche wegen anderweitiger Erkrankungen aufgenommen waren. Und ausserdem erwähnt der Sanitätsbericht 1884/88 noch, dass in diesen 5 Jahren ausser den in den Lazarethen erkrankten Mannschaften und Pflegepersonal noch 41 andere in den Lazarethen vorhandene oder beschäftigte Leute an Typhus erkrankten.

(12) Durchaus einwandfreie Resultate giebt der Beckmannsche Gefrierapparat. Bei 11 Fällen von Typhus abdominalis in ganz verschiedenen Stadien war der Blutgefrierpunkt normal. Schurig.

3. Tuberkulose.

Siehe auch unter IV. A. 10—18, IV. B. 4 (31—33), IV. B. 8 (9 u. 14—20), V. 9—11 u. VI. A. 41.

1) Dolmatow. Ueber die Schwindsucht in der Russischen Garde. W. m. J. Heft 8. — 2) Virchow. Ueber Menschen- und Rindertuberkulose. B. kl. W. S. 818. — 3) Friedmann. Untersuchungen über Vererbung von Tuberkulose. D. m. W. No. 47. — 4) Derselbe. Experimentelle Studien über die Erblichkeit der Tuberkulose. D. m. W. No. 9. — 5) Elkan. Hygiene und Diätetik für Lungenkranke. Bespr. D. m. Z. S. 362. — 6) Grawitz. Die Eintrittspforten der Tuberkelbazillen und ihre Lokalisationen beim Menschen. — 7) Fischer. Die Schwindsucht (Tuberkulose). Praktische Winke für Gesunde und Kranke. Würzburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 209. — 8) Kern. Ein Fall von tuberkulösen Halslymphdrüsen. D. m. Z. S. 283. — 9) Kirchner, A. Zur traumatischen Entstehung der Knochentuberkulose der Gliedmaassen. D. m. Z. S. 286. — 10) Hess. Ueber die Diagnose, speziell die Frühdiagnose, der Lungentuberkulose. D. P. S. 698. — 11) v. Bruns. Ueber die Kastration bei Hodentuberkulose. D. m. Z S. 308 (V. K. Ch.). — 12) v. Baumgarten. Die Art der Verbreitung der Tuberkulose im Urogenitalapparat. D. m. Z. S. 309 (V. K. Ch.). — 13) Romberg. Zur Serumdiagnose der Tuberkulose. D. m. W. No. 18 u. 19. — 14) Lasker. Bakteriologische Blutuntersuchungen bei Lungenphthise. D. A. Z. No. 2. — 15) Beck, Max. Die Serumreaktion nach Arloing Courmont bei der Tuberkulose. D. A. Z. Heft 13. — 16) Sarfert. Die operative Behandlung der Lungenschwindsucht. D. m. Z. S. 309 (V. K. Ch.). — 17) Goetsch. Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulin. D. m. W. No. 25. — 18) Brunzlow. Ein Fall von Kniegelenkstuberkulose und seine Behandlung mit Kochschem Tuberkulin neuer Art. D. m. W. S. 672. — 19) Below. Tuberkuloseheilungen durch Licht und Luft der Tropen. A. f. L. II. Jahrg., Heft 5 — 20) Rohmer Ichthyol bei Urogenitaltuberkulose. D. A. Z. No. 5. — 21) Landerer. Der gegenwärtige Stand der Heto-(Zimmtsäure-)behandlung der Tuberkulose. Berl. Klinik, Heft 153. — 22) Blumenthal. Therapeutische Verwendung von Pyramidon und seinen Salzen bei Phthisis pulmonum. D. A. Z. Heft 19.

(1) Dolmatow bespricht, dass in der Russischen Garde die Tuberkulose häufiger ist als in anderen Theilen der Armee. Es erkrankten 11,4 ‰, wurden unbrauchbar 8,4 ‰ und starben 2,56 ‰ der Iststärke, während bei anderen Truppen die gleichen Ziffern nirgends erreicht sind. Beispiele: Garde-Kavallerie 6,6, Armee-Kavallerie 3,3, Garde-Infanterie 11,4, Grenadiere 4,2, Provinzial-Infanterie 3,7 ‰ Erkrankungen.

Die Gründe werden gesucht, theils in der geringeren Widerstandsfähigkeit bei grösserer Körperlänge, theils in den aufregenden, unruhigen und schädigenden Verhältnissen des Grossstadtlebens, den Anstrengungen des vorwiegend winterlichen Klimas, des vermehrten Wachtdienstes und

dergl. Vielleicht ist auch die bessere bakteriologische Diagnosenstellung (reichhaltigere Ausstattung des Gardekorps mit Mikroskopen) betheiligt. Blau.

(2) Virchow betont, als Tuberkel nur solche Knoten zu bezeichnen, die es ihrem anatomischen Baue nach sind, und macht einen strengen Unterschied zwischen pathologischen und bakteriologischen Tuberkeln. Diese Unterscheiduug ist auch bei der Prüfung der Menschen- und Rindertuberkulose anzuwenden.

(17) Goetsch hat während 10 Jahre die Tuberkulinbehandlung fortgesetzt und bei sorgfältiger und vorsichtiger Anwendung sehr gute Resultate erzielt. Von 175 Kranken sind 71 pCt. geheilt. Fiebernde Tuberkulöse eignen sich nicht für eine Tuberkulinkur. Auch darf man mit der Dosis nicht eher steigen, als bis die letzte Dosis ohne Reaktion verlaufen ist.

(18) Während bei einem an Kniegelenkstuberkulose leidenden Knaben die chirurgische Behandlung keine Besserung zu erzielen vermochte, trat eine wesentliche Besserung und schliesslich Heilung bei vorsichtiger Anwendung von Tuberkulin neuer Art (T. R.) bald ein. Schurig.

4. Diphtherie.

1) v. Behring. Diphtherie (Bd. 2 der Bibliothek v. Coler). Bespr. D. m. Z. S. 293. — 2) Dovertie. Beiträge zur Kenntniss der Veränderungen der Sterblichkeit an Diphtherie und Scharlach. C. a. G. 1. und 2. Heft S. 29. — 3) Marx. Experimentelle Untersuchungen über die Beziehung zwischen dem Gehalt an Immunitätseinheiten und dem schützenden und heilenden Werth der Diphtherieheilsera. Z. H. u. I. Bd. 38 S. 372.

(2) Im Gegensatze zu der im 7. u. 8. Hefte des C. a. G. 1900 von Weissenfeld veröffentlichten, für etwa 10 Länder Europas und Amerikas geltenden Arbeit über Veränderung der Sterblichkeit an Diphtherie und Scharlach, welche das Sinken der Sterblichkeit an Diphtherie in den letzten sieben Jahren der Einwirkung des Diphtherieheilserums zuschreibt und andrerseits betont, dass die Sterblichkeit an Scharlach keine typische Verminderung zeige, weist Verfasser für Schweden nach, dass seit dem Jahre 1895, als das Diphtherieheilserum mehr allgemein angewendet wurde, die Sterblichkeit sowohl an Diphtherie, wie besonders auch an Scharlach, bedeutend abgenommen habe. Er schliesst daraus, dass für die Verminderung der Diphtheriemortalität nicht sowohl die Wirkung des Heilserums, als besonders die durch die Furcht vor der Verbreitung der Cholera in den Jahren 1892 bis 1894 veranlasste verbesserte Hygiene der Krankenhäuser maassgebend gewesen ist. Hintze.

(3) Die toxinneutralisirende Kraft eines Diphtherieheilserums d. h. der Gehalt desselben an Immunisirungseinheiten, und die immunisirende und heilende Wirkung eines Serums sind drei Faktoren, welche in strengster Beziehung zu einander stehen und zwar in der Weise, dass der Immunisirungs- und Heileffekt eines Serums dem Gehalt an Immunisirungseinheiten direkt proportional ist. Schurig.

5. Malaria.

Siehe auch unter IV. B. 8 (21 u. 22) und IX. B. 27.

1) Bekämpfung der Malaria. D. K. No. 6 u. 8. — 2) Kerschbaumer. Malaria, ihr Wesen, ihre Entstehung und Verhütung. Wien.

— 3) Ruge, Reinh. Die Einführung in das Studium der Malariakrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Technik. Jena. — 4) Kleine. Ueber Schwarzwasserfieber. Z. H. u. I. Bd. 38, S. 472. — 5) Plehn, F. Ueber die praktischen Ergebnisse der neueren Malariaforschung und einige weitere Aufgaben derselben. D. m. W. No. 46, 48 und 49. — 6) Kohlbrugge. Bemerkungen zu F. Plehns Vorschlägen zur Verhütung der Malaria. A. S. u. T. H. Bd. 5 Heft 7. — 7) Meyer, Arthur. Malariabekämpfung in der Campagna Romana. D. m. W. No. 41. — 8) Schellong. Die Neuguinea-Malaria einst und jetzt. A. S. u. T. H. Bd. 5 Heft 10. — 9) Kuhn. Ueber eine Impfung gegen Malaria. Die Pferdesterbe. A. S. u. T. H. Bd. 5 Heft 9. Bespr. D. m. Z. S. 211. — 10) Kruse. Krebs und Malaria. M. m. W. No. 48 S. 1920. — 11) Mangianti. Un punto storico per la malaria. Firenze. — 12) Celli. Nochmals über Immunität gegen Malariainfektion. Centralbl. f. Bakteriol., Paras.-Kunde u. Inf.-Krankh., 1. Abth., Bd. 29 No. 7. — 13) Iwanoff. Ueber die Veränderungen der Malariaparasiten während der Methylenblaubehandlung. D. m. W. No. 18. — 14) Below. Malariakachexie und Licht. A. f. L. H. Jahrg. Heft 5. — 15) Mori. Ueber die Prophylaxis der Malaria mit Euchinin. Centralbl. f. Bakteriol., Paras.-Kunde u. Inf.-Krankh., Bd. 29, No. 20. — 16) Ruge, Reinh. Untersuchungen über das deutsche Proteosoma. Centralbl. f. Bakteriol., Paras.-Kunde u. Inf.-Krankh., Bd. 29 No. 5. — 17) Ferrero di Cavallerieone, Contributo allo studio sul modo di trasmissione e sulla profilassi della malaria. G. m. No. 3. — 18) Prochaccini. La nuova profilassi malarica nell' Estuario della Maddalena. An. m. n. No. 1.

(4) Die Behauptung von R. Koch, das Schwarzwasserfieber sei eine Folge von Chiningebrauch, wird durch fünfzehn mitgetheilte Krankengeschichten weiter gestützt. Schurig.

6. Andere Infektionskrankheiten.

Siehe auch wegen Influenza unter IV. B. 1 (1), wegen Pocken unter I (16 u. 17). IV. A. 19, IV. B. 8 (23–26), VI. A. (20 u. 21) und IX. B. 4 u. 5, wegen Ruhr IX. B. 24 u. 25, wegen anderer Krankheiten IX. B. 26, 29 u. 32.

1) Kirchner, A. Ein Fall von einheimischer Cholera. D. m. Z. S. 181. — 2) Kruse. Weitere Untersuchungen über die Ruhr und die Ruhrbazillen. D. m. W. No. 23 u. 24. — 3) Lubomudrow. Die Ruhrbehandlung im Moskauer Militärhospital. W. m. J., Heft 3. — 4) Kusmitzki. Zur Ruhrbehandlung. W. m. J., Heft 11. — 5) Plehn, A. Zur Dysenteriebehandlung. D. m. W. No. 39. — 6) Ruge. Ein Wort zur Behandlung frischer Fälle tropischer Dysenterie. — 7) Jaeger, H. Ueber Amoebenbefunde bei epidemischer Dysenterie. B. kl. W. S. 918. — 8) Lommel. Zur Kenntniss der Tenacität des Scharlachgiftes. M. m. W. No. 29, S. 1165. — 9) Stroupy. Exanthem an den Fusssohlen bei Scharlach. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 46 — 10) Wirth. Die Influenza mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. München. — 11) Frankl. Die Influenza-Epidemie im Jahre 1899 im k. und k. Garnisonspitale No. 19 in Pressburg. M. A. No. 13 und 14, 15 und 16 und 17 und 18. — 12) Kamen. Ueber eine bis jetzt wenig gewürdigte Lokalisation des Influenzaprozesses. M. A. No. 11 und 12. — 13) Fränkel. Die Influenza-Epidemie im Jahre 1899 im k. und k. Garnisonspitale No. 19 in Pressburg. M. A. No. 13 bis 18. — 14) Fischer. Zur Behandlung des Milzbrandes mit intravenösen Injektionen von lös-

lichem Silber (Collargolum). M. m. W. S. 1879. — 15) Hanasiewicz. Ein Fall von Milzbrand-Karbunkel. M. A. No. 11 und 12. — 16) Kleine. Ueber die Berliner Pockenerkrankungen. D. m. W. S. 480. — 17) Ljubomudrow. Behandlung der Pocken im Militärbezirk Moskau. W. m. J., Heft 10. — 18) v. Ortynski. Beitrag zur Kasuistik der Impfblattern. (Vaccina generalisata.) W. m. W. No 39. — 19) Pauli. Ueber Meningitis cerebrospinalis. D. m. Z. 1902, S. 40. — 20) Marschal. Ueber die bakteriologische Aetiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. Strassburg. — 21) Bonhoff. Ueber einen Fall von Cerebrospinalmeningitis und den Diplococcus intracellularis. M. m. W. S 89. — 22) Menzer. Ueber einen bakteriologischen Befund bei Cerebrospinalmeningitis. B. kl. W. S. 283. — 23) Jaeger, H. Die Cerebrospinalmeningitis als Heeresseuche. Berlin. Bespr. D. m. Z. S. 207. — 24) Schwartzkopf. Ein Fall von Parotitis epidemica mit besonders schweren Erscheinungen. D. m. W. No. 42. — 25) Koch, Jos. Zur Diagnose des akuten Rotzes beim Menschen. A. kl. Ch., 65. Bd., 1. Heft. — 26) Dittmann. Hundswuth in Russland. W. m. J., Heft 2. — 27) Schurig. Ueber den ursächlichen Zusammenhang zwischen Mandelentzündung und akutem Gelenkrheumatismus. D. m. Z. S. 170. — 28) Menzer. Zur Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus. D. m W. No. 7. — 29) Singer. Weitere Erfahrungen über die Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus. D. m. Z. S. 375 (V. K. I.). — 30) Meyer. Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus D. m. Z. S. 375 (V. K. I.). — 31) Baerwald und Mohr. Das Heufieber, seine Linderung und Verhütung. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 159. — 32) d'Azevedo Sodré. Das Gelbfieber. Wien. 33) Kolpakow. Das Pendin-Geschwür. W. m. J., Heft 7. — 34) Ziemann, Hans. Ueber das endemische Vorkommen der seuchenhaften Hämoglubinurie der Rinder (des sogenannten Texasfiebers) in Deutschland. D. m. W. No. 21. — 35) Babes und Sion. Die Pellagra. Wien.

(3) Lubomudrow beschreibt die Ruhrbehandlung in den Infektionsbaracken des Moskauer Militär-Hospitals, unter Annahme von 3 Gruppen. Leichte Fälle durch innere Mittel ohne Klystiere, Naphthalin 0,3, Salep, Opium. 1 bis 2 Wochen, selten länger. Mittlere Fälle: Opium mit oder ohne Naphthalin oder Wismuth, meist mit Klystieren. 2 bis 3 Wochen. Schwerere Fälle: Opium mit Salep, Argentum-Klystiere (1 : 6000) und in 7 ganz schweren Fällen subkutane Kochsalz-Injektionen 0,9 pCt., 400 bis 500 ccm in die Schlüsselbeingegend oder Bauchdecken.

(4) Kusmitzki empfiehlt zunächst ein Abführmittel (Ol. ricini), danach Klysmen mit Kali hypermanganicum, 1,0 : 4000,0, welche Schleim und Blut beseitigen. Dazu Bismuth. salicyl. mit Opium. Diät. — Verfasser hat jedoch nur 12 Fälle behandelt. Blau.

(5) Plehn empfiehlt warm die Calomel Kur: Zunächst Ol. ricini 30,0 g, an den nächsten 3 Tagen stündlich 0,03 Calomel in Tabletten, pro die 12 Tabletten, absolute flüssige Diät. Später Bismuthum subnitricum 6,0 g pro die 3 bis 4 Tage lang, in kleineren Dosen an den darauffolgenden Tagen.

(6) Der Radix Ipecacuanhae wird bei der Behandlung tropischer Dysenterie auf Grund eigener Erfahrungen vor dem Calomel der Vorzug gegeben.

(7) In 30 Fällen epidemischer Dysenterie konnte er Amoeben finden, welche in allen wesentlichen Merkmalen und Eigenschaften mit den von

R. Koch und Kartulis bei der egyptischen Ruhr regelmässig gefundenen übereinstimmten, und erbrachte damit den Beweis, dass die Amoebendysenterie nicht bloss ein Kind des Südens ist, sondern auch in Ostpreussen Epidemien hervorzurufen vermag. Schurig.

(12) Kamen theilt den Befund bei zwei Fällen von Angina mit Belagbildung mit, in denen es ihm gelang, in den Pseudomembranen ausser Streptokokken zahlreiche Influenzabazillen, sowohl mikroskopisch als auch durch Kultur nachzuweisen. Die gewonnenen Kulturen erwiesen sich, den Thieren allein injizirt, als für diese nicht pathogen, wurden sie aber gleichzeitig mit den Streptokokken einverleibt, dann konnte man sie neben den letzteren aus dem Herzblut der eingegangenen Thiere reinzüchten.

(13) Im Garnisonspital No. 19 in Pressburg wurden in den Monaten Februar bis April 1899 50 Fälle von Influenza behandelt, welche sich ziemlich gleichmässig auf die einzelnen Truppenkörper der Garnison vertheilten, doch wurde bemerkt, dass in jenen Truppenkörpern, wo die ersten Influenzafälle auftraten, die Epidemie auch am frühesten erloschen war. Die Kontagiosität der Influenza spielt keine grosse Rolle; weder bei der Truppe, noch im Spital wurden die Influenzakranken abgesondert. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle wurde die typische Influenza beobachtet: Plötzliches mit Frost einsetzendes Fieber mit einer Temperatursteigerung bis zu 40° von ein- bis mehrtägiger Dauer, verbunden mit heftigen Kopf-, Rücken- und Gliederschmerzen, grosser Hinfälligkeit und mangelndem Appetit. Hierzu gesellen sich katarrhalische Erscheinungen des Athmungstraktes. Die Behandlungsdauer betrug 4 bis 51 Tage. Die Rekonvaleszenz gestaltete sich nicht selten langwierig. Die häufigste Komplikation der Influenza war Lungenentzündung, deren klinischer Verlauf von jener der gewöhnlichen Pneumonie sich wesentlich unterschied. Entweder kamen Lungenentzündungen zur Beobachtung, die erst durch ihren Verlauf sich als Influenzaerkrankung erwiesen, oder es trat die Pneumonie zur Influenza hinzu. Die pneumonischen Erscheinungen an der Lunge erfolgten sehr oft in Form thaler- bis handtellergrosser Stellen. Die Influenza-Pneumonien waren häufig doppelseitig und hatten mitunter einen äusserst schnellen Verlauf und eine grosse Ausdehnung über mehrere Lappen; nicht selten führten sie binnen einer Woche zum Tode. Andererseits wurden abortive, rudimentäre Lungenentzündungen beobachtet, die nur wenige Tage dauerten, oder rekurrirende Formen, die einen sehr schleppenden Verlauf nahmen. Von anderweitigen Komplikationen wurden solche des Mittelohrs, der Bindehaut und Hornhaut, Ptosis des oberen Augenlides, Neuralgien verschiedener Art und akute Bronchiektasien beobachtet.

(15) Ein Untersuchungshäftling, welcher im Garnisonsarreste in Pressburg seit 4 Wochen mit Rosshaarzupfen beschäftigt war, erkrankte an einem wallnussgrossen Knoten der rechten Wange, dessen Umgebung ödematös geschwellt war; auf dem Knoten sass ein schwärzlicher Schorf, an dessen Peripherie eine Reihe von Bläschen mit serösem Inhalte zu bemerken war. Die rechte Unterkieferdrüse geschwellt, Allgemeinbefinden wenig gestört, Eigenwärme mässig erhöht. Die bakteriologische Untersuchung des Bläscheninhaltes ergiebt die Anwesenheit von Milzbrandbazillen in Reinkultur. Heilung des Karbunkels mit Hinterlassung einer regelmässigen Narbe. Die Rosshaare stammten aus Galizien und Ungarn und waren vom Fabrikanten vor dem Gebrauche in offenen, nur

mit Tüchern bedeckten Bottichen mit Wasserdampf von 50° C. — also ganz ungenügend — desinfizirt worden. Kirchenberger.

(17) Ljubomudrow berichtet über Pockenbehandlung im Militärbezirk Moskau, dass zur Vermeidung der tiefen Narbenbildungen im Gesicht 4 pCt. Salicyl-Vaselin als Einreibung und 4 pCt. Pulvis salicylicus cum talco als Streupulver mit dem Erfolg einer fast völligen Vermeidung von Narben selbst in schweren Fällen benutzt wurde. Das Gesicht wurde dabei durch eine Maske mit Augenöffnungen bedeckt, welche ständig, womöglich auch beim Essen, getragen werden musste. Ueber Schmerzen und Beschwerden wurde nicht geklagt, die Kranken baten selber um diese Behandlung auf Grund der günstigen Resultate bei ihren Mitpatienten. Blau.

(18) Ein Ulan wurde nach seiner Einreihung der vorschriftsmässigen Wiederimpfung unterzogen; bei der nach 6 Tagen vorgenommenen Impfkontrolle wurde positiver Erfolg festgestellt. Nach weiteren 4 Tagen — also 10 Tage nach der Impfung — Schüttelfrost und bedeutende Kopfschmerzen; 2 Tage später Auftreten intensiv rother Flecken am ganzen Körper, insbesondere im Gesicht und auf der Brust; Mund- und Rachenschleimhaut sind gleichmässig stark geröthet und mit gelblichen stecknadelkopfgrossen Punkten besät. In den nächsten Tagen bedeckt sich die ganze Hautoberfläche, sowie die Mund- und Rachenschleimhaut mit Pockenpusteln. Fieber durch 14 Tage, Eintrocknungsstadium stark verzögert, Dauer der Erkrankung 79 Tage. Da der Mann vor der Impfung vollkommen gesund war, im Heimaths- und Garnisonorte des Mannes erwiesenermaassen seit Jahren keine Blattern (Pocken) vorkamen, so muss der Ausbruch der Pocken in diesem Falle auf die Schutzimpfung zurückgeführt werden. Kirchenberger.

(21) Die gewonnene Lumbalflüssigkeit gab bakteriologisch ein völlig negatives Resultat. In Ausstrichen, die unmittelbar nach der Sektion von dem pathologischen Material gemacht wurden, fanden sich einige Kolonien von Diplococcus Weichselbaum.

(22) Bei einer Meningitis, die sich an eine Ohreiterung angeschlossen hatte, fanden sich in der intra vitam gewonnenen Lumbalflüssigkeit Streptokokken intracellulär angeordnet. Diese waren theilweise als Diplokokken zu sehen und konnten typische Meningokokken vortäuschen. Es ist daher bei der Beurtheilung von Diplokokken, welche im Färbepräparat von Meningitiseiter intracellulär gefunden werden, nicht ohne Weiteres auf Grund dieses mikroskopischen Bildes die Diagnose auf den Meningococcus intracellularis zu stellen, sondern die betreffenden Bakterien sind einer weiteren Prüfung durch Kultur, Gramsche Färbung und Thierversuch zu unterziehen. Schurig.

(25) An der Hand einer ausführlichen Krankengeschichte und des Obduktionsberichtes über einen an akuter Rotzkrankheit verstorbenen Thierarzt, bei dem der primäre Krankheitsherd in einer Lungenspitze gefunden wurde, so dass die Erkrankung auf eine Inhalationsinfektion zurückzuführen war, bespricht Verfasser die Kennzeichen einer akuten Rotzerkrankung. Neben hohem Fieber, dessen Verlauf dem bei einem Typhus am meisten gleicht, sind als konstanteste Krankheitserscheinungen Pusteln- und Geschwürbildung in der Haut zu beobachten. Die bakteriologische und mikroskopische Untersuchung des Inhalts der Pusteln sichert die Diagnose; leider treten diese Pusteln erst wenige Tage vor dem Tode auf. (Rotzbazillen sind von anderer Seite auch im Blut und im Urin

nachgewiesen.) Als weitere Krankheitserscheinungen in der Haut und den Muskeln sind Rotzknotenbeulen und Abscesse, sowie Drüsen- und Lymphgefässentzündungen, endlich erysipelatöse Hautröthungen zu erwähnen. Auch kommen noch bei etwa der Hälfte der Rotzerkrankungen beim Menschen die Veränderungen der Schleimhaut, der Nase und des übrigen Respirationstraktus in Frage. So—r.

(26) Dittmann erwähnt, dass in der russischen Armee von tollwüthigen Thieren gebissen sind:

1894:	76	Personen	(kein Todesfall).
1895:	99	„	(1 Todesfall).
1896:	122	„	(„).
1897:	134	„	(2 Todesfälle).
1898:	159	„	(„).

In die Hundswuthanstalt zu Charkow sind in ½ Jahre 970 Personen, von Wölfen und Hunden gebissen, eingeliefert, im ganzen Jahre 1899 jedoch 1247.

Seit dem Jahre 1887 sind dort 8185 Menschen behandelt.

Blau.

(28) In 4 Fällen von Gelenkrheumatismus hat Menzer theils aus Gelenkergüssen, theils aus excidirten Tonsillenstückchen Streptokokken gezüchtet, die bei Versuchsthieren leichte Gelenkerkrankungen hervorriefen. Schurig.

(33) Von Kolpakow wird die epidemische Verbreitung des Pendingeschwürs unter dem 13. Turkestanschen Linienbataillon in Termes am Amu-Darja beschrieben. Dasselbe befiel 242 Mann mit zusammen 831 Geschwüren, welche zuerst papulös, dann pustulös, schliesslich eitrig wurden. Sie trockneten dann bei infiltrirter Umgebung ein, waren von umfangreicher Verschwärung gefolgt und schlossen endlich in etwa 14 Tagen mit Heilung ab. Als Krankheitserreger kann Berichterstatter hier nicht den sonst angeführten Wasser-Mikrokokkus Biskra ansprechen, vielmehr ist der Uebertragungsmodus in der Verschlagung des Staubes aus eingetrockneten Sümpfen zu suchen, analog einigen ähnlichen Fällen. Auch Mückenübertragung schien nicht im Spiel zu sein. Fieber bestand nur bei gleichzeitiger Malaria. Einmaliges Ueberstehen wirkt beim Pendingeschwür immunisirend. Blau.

7. Nerven- und Geisteskrankheiten.

a. Allgemeines.

(Lehrbücher, Anatomie und Physiologie.)

1) Waldeyer. Topographie des Gehirns. D. m. W. No. 26—29. — 2) Hitzig. Alte und neue Untersuchungen über das Gehirn. A. f. Ps., Bd. 34, Heft 1. — 3) Obersteiner. Studium des Baues der nervösen Zentralorgane. 4. Aufl. Wien. — 4) Müller. Innervation der Blase, des Marstdarms und Genitalapparates. D. Z. N., 21. Bd., 1. u. 2. Heft. — 5) Schmaus. Vorlesungen über die Pathologie des Rückenmarkes. Wiesbaden. — 6) Wilbrand und Saenger. Die Neurologie des Auges. 2. Bd. Wiesbaden. — 7) Friedländer. Der Einfluss des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. Berlin. — 8) Adler. Erbliche Entartung. M. m. W. No. 21. — 9) Strohmayer. Ueber die Bedeutung der Individualstatistik bei der Erblichkeitsfrage in der Neuro- und Psycho-

pathologie. M. m. W. No. 45. — 10) Verworn. Ermüdung und Erholung. B. kl. W. No. 5. — 11) Jendrássik. Normale und pathologische Gangarten. A. k. M., 70. Bd.

(4) Die Quertrennung des Rückenmarks setzt, gleichviel in welchem Segment sie stattfindet, im Wesentlichen stets den gleichen Symptomenkomplex bezügl. der Störungen der Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunktionen: zunächst Erschwerung der Entleerung, dann unwillkürlicher Abfluss, Blasenkatarrh u. s. w. Unter Hinweis auf die klinische Beobachtung wird experimentell der Nachweis geführt, dass die letzten Centren für jene Funktionen nicht innerhalb des Rückenmarks zu suchen sind, sondern dass die Reflexwege im sympathischen Nervensystem verlaufen.

(5) Das breit angelegte, mit 178 Abbild. erläuterte Werk giebt in ebenso klarer und übersichtlicher, wie umfassender Darstellung den heutigen Stand unseres Wissens auf diesem Gebiet wieder, auf welchem der Verfasser durch seine früheren Arbeiten bereits rühmlichst bekannt ist. Hervorzuheben ist besonders der Abschnitt über die heutigen Anschauungen in der Neuronlehre sowie das die traumatischen Erkrankungen des Rückenmarks behandelnde Kapitel.

(6) Der 2. Band behandelt auf 324 Seiten die sämmtlichen Beziehungen des Nervensystems zu den Thränenorganen, zur Bindehaut und zur Hornhaut. Von der ganzen Anlage des Buches ist das Gleiche wie im Bericht vom 1. Bande von 1900 zu sagen, man findet schlechthin Alles, was an einschlägigen Fragen nur gestellt werden kann, mit Gründlichkeit behandelt. Auch die Litteratur ist wieder in gleich umfassender Weise berücksichtigt (mit 859 Nummern).

(7) Ein Sammelwerk, in welchem die 24 casuistischen Mittheilungen aus den Jenenser klinischen Instituten völlig zurücktreten gegen die Sichtung der einschlägigen Litteratur von 1813—1900, welche 521 Nummern umfasst. Nerven- und Geistesstörungen setzen in den verschiedensten Stadien des Typhus ein. Ausnahmslos toxischer Natur sind die Initialsymptome, dagegen konkurriren im weiteren Verlauf mit den toxischen andere Einflüsse, wie die febrilen und asthenischen Psychosen zeigen. In der Entfieberungs- und Genesungsperiode wird dann der ursächliche Zusammenhang zwischen Psychose bezw. Neurose und Typhus um so lockerer, je später jene auftreten. Im Nervensystem kommen ausser den Neurosen auch alle möglichen peripheren Erkrankungen vor, wie Lähmungen, Muskelhypertrophien, sensorische Störungen, besonders auch Sprachstörungen aller Art. Ein heilender Einfluss des Typhus auf bereits bestehende Psychosen kommt zweifellos bisweilen vor.

b. Gehirn und Rückenmark.

Siehe auch unter V. (Unfall) 5—7.

1) Monti. Die Krankheiten des Gehirns und seiner Häute. Wiener Klinik, Suppl.-Heft 8. — 2) Goldstein. Ueber Schädel-Hirnverletzungen, M. f. U. I. 3) Höniger. Geschwülste des Stirnhirnes. M. m. W. 19. — 4) Matthes. Spätblutungen ins Hirn nach Kopfverletzungen, ihre Diagnose und gerichtsärztliche Beurtheilung. Volkm. Vortr. N. F. 322 — 5) Bernheim. Aphasie motrice. Paris. — 6) Bischoff. Sensorische Aphasie. Wien. Klin. Rundsch 42 u. 43. — 7) Liepmann. Besprechung einiger Arbeiten über Sprechtaubheit. Zentr. Bl. f. Nerv. u. Psych., XII.,

134. — 8) Heermann. Sammelforschung über Ménièresche Krankheit. Samml. zwangl. Abh. (Bresgen), V., 1.—3. — 9) Grassl. Zur Kasuistik der Syringomyelie. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1. — 10) Jacobsohn. Ueber den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes. Berl. Klinik. 152. — 11) Brasch. Beiträge zur Pathologie der Tabes. D. Z. N., XX. Bd. S. 345. — 12) Bornstein. Ueber Lähmungen und Muskelatrophieen bei Tabes dorsalis. Fortschr. d. Med., Bd. 19 No. 17. — 13) Gläser. Ueber die angeblich syphilitische Aetiologie der Tabes dorsalis. Hamburg. — 14) Schaffer. Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiet der Nerven-Pathologie. I. Tabes und Paralyse. Jena. — 15) Grunow. Poliomyelitis acuta anterior der Erwachsenen. D. Z. N., Bd. 20, 5/6. — 16) Schultze. Die Reflexe bei querer Durchtrennung des Rückenmarks. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., VIII., 4/5. — 17) Griss. Ueber einen Fall von Abfluss kolossaler Mengen von Cerebrospinalflüssigkeit nach Rückenmarksverletzung. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., VIII., S. 613. — 18) Seiffer. Segmentdiagnose der Rückenmarkskrankheiten. A. f. Ps., 34. Bd., Heft 2.

(2) Nach eingehender Würdigung der Pathogenese der Hirnverletzungen auch ohne sichtbare gröbere Läsionen der Schädeldecken, Verletzungen, welche in feinen Veränderungen theils der Gefässe, theils der Nervenelemente bestehen, werden die klinischen Reiz- und Ausfallserscheinungen besprochen. Es werden dabei eine Anzahl eigene Beobachtungen angeführt, namentlich solche, die für die Frage der Unfallfolgen in Betracht kommen. Bezüglich der Vorhersage soll die äusserste Vorsicht walten, da noch lange Zeit nachher Späterscheinungen auftreten können und die Folgen der Hirnverletzungen die ausgesprochene Neigung zu langer Dauer zeigen.

(5) Eine durch kritische Darstellung und Berücksichtigung der Litteratur, auch der nichtfranzösischen, bemerkenswerthe Monographie. Den beiden Hauptformen, der kortikalen und der subkorticalen oder „reinen" motorischen Aphasie entsprechen, wie dies auch an 23 Eigenbeobachtungen dargelegt wird, keineswegs immer genau die anatomischen Unterschiede in dem Sitz des Erkrankungsherdes, da ganz reine motorische subkortikale Aphasie ohne alle Betheiligung der Rinde bisher noch nicht einwandfrei nachgewiesen ist.

(9) Beschreibung zweier Fälle aus dem Garnisonlazareth München, bei denen infolge von Störung des Temperatursinnes beträchtliche Verbrennung entstand. Beide Fälle lassen indess gerichtliche Einwände gegen ihre Auffassung als Syringomyelie zu.

(13) Auf Grund eines 437 Fälle umfassenden Materiales aus den Hamburgischen Krankenanstalten bekämpft Verfasser die „völlig in der Luft schwebende Hypothese" Erbs von der Syphilis als der Ursache der Tabes. Die Ausdrucks- und Kampfweise der Schrift steht nicht auf der Höhe wissenschaftlicher Erörterung, immerhin verdient die umfassende Statistik Beachtung. Verfasser hält nur diese Fragestellung für erlaubt: „Wieviel Syphilitische bekommen Tabes?" — anstatt der bisherigen verkehrten: „Wieviel Tabiker hatten Lues?" Dann aber sollen sich die Verhältnisse ganz anders stellen.

(14) Zehn Vorträge, welche in übersichtlicher Kürze den Stand unseres heutigen Wissens über diese Frage sowohl bezüglich der pathologischen Anatomie wie bezüglich der Deutung der klinischen Beobachtung

darstellen. Je nach der Wirkung derselben Schädlichkeiten, wie immer deren Natur aufzufassen ist, entweder auf Hirnrinde oder Rückenmark, entstehen die verschiedenen Kombinationen von Tabes und Paralyse. Ist die Hinterstrangdegeneration bei beiden Erkrankungen im Wesentlichen die gleiche, so ist sie doch stets bei der Paralyse bedeutend jüngeren Ursprungs. Der Schlussvortrag ist dem Verhältniss zwischen Paralyse und cerebraler Neurasthenie gewidmet.

c. Peripheres Nervensystem.

Siehe auch unter V. (Unfall) 4 u. 8.

1) Bernhardt. Lähmungen der peripheren Nerven. D. Klinik., 39. Lief. — 2) Haenel. Ueber Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe, besonders bei Magenkrankheiten. M. m.W. 1. — 3) Sievert. Ueber Neuralgia traumatica. M. f. U. 11. — 4) Pal. Neuralgia paraesthetica ein Plattfusssymptom. W. m. W. 14. — 5) Fein. Stimmbandlähmungen. M. A. 182. — 6) Mendel. Dystrophya muscularis. N. C. B. 13. — 7) Schwabe. Ein Fall von multipler Neuritis nach Kohlenoxydvergiftung mit Betheiligung der Sehnerven. M.m.W. 39. — 8) Stintzing. Neuritis und Polyneuritis. M. m.W. 46. — 9) Buzzard. Alkohol and arsenic in the etiology of alkoholic neuritis. L. 8. Juni. — 10) Raimann. Alkoholische Augenmuskellähmungen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., XX., 1. — 11) Steinhausen. Ueber die Grenze der Erhebungsfähigkeit des Armes in ihrer physiologischen und klinischen Bedeutung. D. m. W. 32. — 12) Borntraeger. Recidivirende doppelseitige traumatische Radialislähmung. A. S. Z. 21. — 13) Wyss. Medianusdurchtrennung — Heilung. D. m. W. 36. — 14) Hoeflmayr. Beschäftigungsneuritis im Gebiete des Plexus brachialis. M. m. W. 45. — 15) Ehret. Zur Kenntniss der Gewohnheitslähmungen. M. f. U. 2. — 16) Mendel. Ischias syphilitica. M. m. W. 27. — 17) Niewerth. Ischias syphilitica. M. m. W. 33. — 18) Eichhorst. Ueber Neuralgien. D. Klinik., 5. Lief. — 19) Blencke. Ueber Metatarsalgie. D. m. W. 37. — 20) Mohr. Zur Physiologie und Pathologie der Sehnenphänomene an den oberen Extremitäten. D. Z. N., 19. Bd. S. 197. — 21) Steinhausen. Ueber den Scapula-Periost-Reflex. N. C. B. 11. — 22) Strümpell. Ueber das Tibialisphänomen und verwandte Muskelsynergien bei spastischen Paresen. D. Z. N., 20. Bd. S. 436. — 23) Schneider. Ueber das Babinskische Zehenphänomen. B. kl. W. 37. — 24) Dorendorf. Beitrag zur Laryngeus-superior-Lähmung. B. kl. W. 11.

(3) Seit ihrer ersten Beschreibung durch Bernhardt (1895) ist diese nicht so ganz seltene eigenthümliche Sensibilitätsstörung im Nervus cutaneus femoris ext. besonders häufig nach traumatischen Einwirkungen beobachtet worden. Mittheilung eines ähnlichen Falles, dessen Entstehung auf eine Quetschung der Hüftgegend zurückzuführen war. Bemerkenswerth sind die an 6 Fällen von Pal (4) gemachten Beobachtungen, bei denen die Neuralgie als Folge des Plattfusses bei Körpergewichtszunahme sich einstellte. Plattfusseinlagen wirkten günstig auf die Störung ein.

(9) Die im Februar 1901 in England beobachtete Epidemie der Arsenikneuritis bei Biertrinkern hatte der Annahme Vorschub geleistet, dass nicht der Alkohol an sich die Ursache der alkoholischen Neuritiden sei, sondern das im Biere enthaltene Arsenik. Diese Ansicht wird auf

Grund eines grossen Krankenmaterials widerlegt. Grade die der Arsenvergiftung zukommenden Hautveränderungen finden sich bei der alkoholischen nicht. Gegen jene Annahme spricht auch der häufig gute Erfolg der Behandlung der Alkoholneuritis mit Fowlerscher Lösung.

(11) Im Gegensatz zu der Mollierschen Ansicht, wonach der normale Mensch den Arm nur bis 142° aufwärts strecken könne, fand Verfasser bei 250 Soldaten die höchste Erhebungsfähigkeit durchschnittlich 175° betragend. Die hohen Plexuslähmungen in tiefer Narkose und namentlich auch die Klimmzuglähmungen (Sehrwald) kommen wahrscheinlich nicht durch Druck des Schlüsselbeins auf das Nervengeflecht, sondern durch Ueberdehnung der Nervenäste bei einer passiven Ueberstreckung (Langhang), welche die aktive Erhebungsfähigkeit erheblich überschreiten kann, zu Stande.

(12) Durch Fall auf beide Arme von einer Leiter entstand beiderseits eine typische Lähmung der Speichennerven, welche zwei Jahre nach dem Unfall als geheilt angesehen werden konnte. Zwei weitere Jahre später stellten sich dieselben Erscheinungen der Lähmung wieder ein, ohne dass ein nachweisbarer Anlass hierfür sich fand. Dass es sich um ein eigentliches „Rezidiviren" der Lähmung handelte, kann nicht als einwandfrei bewiesen gelten.

(20) M. hat zur Feststellung der Häufigkeit der Sehnenreflexe der oberen Extremität Untersuchung an 90 gesunden Soldaten angestellt und kommt zu dem Ergebniss, dass der Tricepsreflex bei etwa 33 pCt., der Supinatorreflex bei etwa 13 pCt. fehlte. Die Prüfung an einem grösseren Krankenmaterial ergab, dass das Fehlen der Armsehnenreflexe für die Diagnose bedeutungslos ist, denn gerade bei der Tabes sind sie ebenso häufig nicht vorhanden wie bei Gesunden. Nur das Vorhandensein der Reflexe in normaler oder erhöhter Stärke ist diagnostisch verwendbar.

(23) Die an dem grossen Material der Charité angestellten Erhebungen führten S. zu einer abweichenden Auffassung von dem Wesen des Babinskischen Zehenreflexes, welches er in dem Ausbleiben der bei schwachem Reiz normalerweise allein auftretenden Plantarflexion erblickt, während die normalerweise erst bei starkem Reiz auftretende Dorsalflexion schon bei schwachem Reiz auftritt. Dies Ausbleiben der Plantarflexion kommt durch Erkrankung der Pyramidenbahn zu Stande.

d. Neurosen.

Siehe auch unter V. (Unfall) 3.

1) Taubert. Ueber epileptische Aequivalente. D. m. Z. S. 104. — 2) Cory and Ullmann. Epileptic equivalents. Journ. of nerv. and ment. dis. 5. — 3) Mendel. Epilepsie und Trauma. A. S. Z. No. 2. — 4) Diehl. Ein Fall von erhaltenem Bewusstsein im epileptischen Anfall. M. m. W. 41. — 5) Hoeflmayr. Ueber die krankhaften Empfindungen bei der Neurasthenie. Z. f. Kr. 2. — 6) Hoche. Ueber die nach elektrischen Entladungen auftretenden Neurosen. Vortrag u. Ref. in M. m. W. 25. — 7) Bruns. Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen. Wien. (In Nothnagels spec. Pathol. u. Ther., II, 1). — 8) Arneth. Ein seltener Fall von Hysterie. D. m. W. 16. — 9) Benedikt. Nervenerkrankungen durch Verletzungen. W. m. Pr. 21. — 10) Bailey. Prognosis of traumatic hysteria. Medical news. 8. — 11) Wick. Fall von traumatischer Hysterie. W. m. W., 5. u. 6. — 12) Walter. Hysterische Sprachstörung.

D. m. Z. 12. — 13) v. Bechterew. Ueber objektive Symptome und Störungen der Sensibilität bei den sogenannten traumatischen Neurosen. Münch. Schr. f. Psych. u. Neur. 2. — 14) Schuster. Objektive Symptome der traumatischen Neurosen. Fortschr. d. Med. 19. — 15) Steinhausen. Die physiologische Grundlage der hysterischen Ovaria. D. Z. N., 19. Bd. S. 369. — 16) Bernheim. De l'anésthésie hystérique. Rev. de méd. No. 3. — 17) Hoffmann. Pathologie und Therapie der Herzneurosen und der funktionellen Kreislaufsstörungen. Wiesbaden. — 18) Cassirer. Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin. — 19) Möhring. Gelenkneurosen und Gelenkneuralgien. Ztschr. f. orthop. Chir., IX., 4. Heft. — 20) Edinger. Kopfschmerz und Migräne. D. Klinik., 39. Lief. — 21) Flatau. Nervöse Schlaflosigkeit. Berl. Klinik., Heft 157.

(3) Der ursächliche Zusammenhang der Epilepsie mit einem Trauma, namentlich einer Kopfverletzung, wird viel zu sehr überschätzt, ein solcher ist vielmehr nur ganz ausnahmsweise festzustellen, und man sollte daher in hohem Grade Bedenken tragen, eine bei einem Unfallverletzten vorhandene genuine Epilepsie auf den Unfall zurückzuführen.

(6) Bei der Entstehung derartiger Neurosen kommt es weniger auf die Höhe der Spannung an, als auf den zeitlichen Ablauf der Entladung. So wurde in einzelnen Fällen eine Spannung bis zu 3000 Volt ertragen, während bei Herzverfettung schon 150 Volt letal wirkten. Die klinischen Störungen sind inkonstant, es handelt sich um Erstickungsanfälle, Verbrennungen, Bewusstseins- und Sprachstörungen, Kopfschmerz, Zittern, seelische Depression, halbseitige Gefühlslähmungen etc. In einem Falle wurde von H. einseitige Herabsetzung der Sehschärfe beobachtet.

(7) Eine umfassende monographische Darstellung der heutigen Kenntniss von den traumatischen Neurosen, in welcher besonders die auf reiche Erfahrung sich gründende psychologische Betrachtungsweise der Unfallneurosen im engeren Sinne hervorzuheben ist. Diese Form steht mit den modernen Unfallgesetzen und ihrer Handhabung in engstem ursächlichen Zusammenhang und verdankt den seelischen Erregungen des Verletzten, den Begehrungsvorstellungen, dem Kampf um die Rente, wesentlich ihren Ursprung. Von wichtigen Einzelfragen finden die des objektiven Werthes gewisser Symptome, der Simulation, der Verhütung schädlicher Suggestionen, des Nutzens der Arbeit u. v. a. eingehende Würdigung. Ein ausführliches Litteraturverzeichniss beschliesst das ausgezeichnete Buch.

(14) Die Arbeit bringt das für den praktischen Bedarf Wissenswerthe bei der Untersuchung Nervenverletzter. Unter den zahlreichen hierhergehörigen Symptomen verdienen nur die wenigsten die Bezeichnung „objektiv", bei der grossen Mehrzahl derselben ist der Arzt zur Feststellung auf die Mitwirkung des Kranken angewiesen. Es ist dies nicht zufällig, entspricht vielmehr durchaus dem Wesen der Neurosen überhaupt, und hierin wird auch die Zukunft trotz redlichen Bemühens wenig ändern.

(17) Aus der Praxis für die Praxis geschrieben, will das Buch die bezüglich der rein funktionellen Kreislaufstörungen bisher noch vorhandenen Lücken ausfüllen. Der allgemeine Theil enthält geschichtliche und physiologische Vorbemerkungen und behandelt die Symptomatologie und das Verhältniss der funktionellen zu den organischen Herzkrankheiten, Beschleunigung, Verlangsamung und Arhythmie der Herzthätigkeit etc., der spezielle Theil sucht dann die einzelnen Krankheitsbilder und Symptomen-

komplexe möglichst abzugrenzen, wie sie theils selbständig theils als Begleitzustände innerer Erkrankungen auftreten. Bekanntlich hat Verfasser mit der Abgrenzung der „paroxysmalen Tachycardie" als selbständiger Herzneurose ziemlich allgemeine Anerkennung gefunden.

(18) Das Werk behandelt eine Reihe eigenartiger Krankheitsbilder, welche sich in Störungen in den vasomotonischen, secretorischen und trophischen Funktionen des Nervensystems darstellen, vielfach symmetrisch auftreten und die peripheren Theile namentlich der Gliedmaassen vorwiegend betreffen. Nach einleitenden physiologischen und anatomischen Vorbemerkungen werden die charakteristischen, allerdings vielfach in einander übergehenden Krankheitsformen erläutert, so die Akroparästhesien, die Erythromelalgie, die Raynaudsche Krankheit und verwandte Zustände, die Sklerodermie, das akute umschriebene Oedem, die multiple neurotische Hautgangrän. Eine erschöpfende Zusammenstellung der Litteratur ist beigefügt.

e. Behandlung. Elektrodiagnostik.

1) Erlenmeyer. Ueber die Bedeutung der Arbeit bei der Behandlung der Nervenkranken in Nervenheilanstalten. B. kl. W. 6. — 2) Löwenfeld. Der Hypnotismus. Wiesbaden. — 3) Weygandt. Die Behandlung der Neurasthenie. W. A. I. Bd. 5. Heft. — 4) Löwenfeld. Ueber Luftkuren für Nervöse und Nervenkranke. D. P. 337. — 5) Bálint. Ueber die diätetische Behandlung der Epilepsie. B. kl. W. S. 617. — 6) Foerster. Uebungstherapie und Tabes dorsalis. D. A. Z 5 u. 6. — 7) Schwartz. Der Kampf gegen die Trunksucht. D. m. W. 37. — 8) Buttersack. Physiologische und psychologische Bemerkungen zur psychischen Therapie. D. Klinik. 11. Lief. — 9) Wanke. Suggestionstherapie. Zeitschr. f. Hypnose X. 5. — 10) Erb. Balneologie und diätetisch-physikalische Behandlung. Samml. klin. Vortr. N. F. 321. — 11) Baedeker. Arsonvalisation. Wien. Klinik XXVII. 10. u. 11. Heft. — 12) Braun. Ueber die Resektion des Halssympathicus bei Epilepsie. A. kl. Ch. Bd. 64 Heft 3.

(5) Mit Rücksicht auf die Erfahrung, dass der Organismus infolge von Entziehung der Chloride gegen Brom empfindlicher wird, empfiehlt Verf. die Darreichung chlorarmer Nahrung, in der das Kochsalz durch Bromnatrium ersetzt ist. Es gelang so in einer Anzahl von Fällen die Anfälle angeblich ganz zum Schwinden zu bringen, jedoch nur solange jene Ernährungsweise innegehalten wurde.

(7) Eingehende Besprechung aller Seiten der Alkoholfrage, welche alle neueren Forschungen über die Wirkungen der alkoholischen Getränke auf dem Gebiete der Psychologie und Pathologie berücksichtigt. Der Kampf gegen die Trunksucht, eine echte und gefährliche Volkskrankheit, ist nur unter der Mitwirkung des ärztlichen Standes, besonders der Hausärzte, der Armen-, Kassen-, Strafanstalts- und Hospitalärzte durchführbar, wenn irgend auf Erfolg gerechnet werden soll.

(12) Verfasser beleuchtet zunächst die bisher zur Heilung der Epilepsie vorgenommenen Resektionen des Halssympathicus und berichtet dann über neun von ihm selbst operirte Kranke (davon acht doppelseitig operirt). Ein Kranker starb zwei Tage nach der zweiten Operation an Bronchopneumonie, welche durch Aspiration von Schleimmassen verursacht worden war. Die Operation besteht in der Entfernung beider Hals-

sympathici und der Ganglia cervicalia superius et medium; sie ist zwar ungefährlich nach des Verf. Ansicht, aber auch ohne Einfluss auf den Verlauf der Epilepsie.

f. Geisteskrankheiten.

Siehe auch unter II. 5 (8) u. V. (Unfall).

1) Kraepelin. Einführung in die psychiatrische Klinik in 30 Vorlesungen. Leipzig. — 2) Sommer. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. Berlin-Wien. — 3) Hoche. Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin. — 4) Jolly. Rede zur Einweihung der psychiatrischen Klinik der Charité. A. f. Ps. 34. Bd. Heft 2. — 5) Edel. Unfallpsychosen. Psych. Woch. 15 bis 17. — 6) Scholze. Unfall und Geisteskrankheit. D. m. Z. 10 u. 11. — 7) Troeger. Die durch Kopfverletzungen entstehenden Geistesstörungen. Friedr. Bl. f. ger. Med. S. 241, 366 u. 403. — 8) Sander. Zur Entstehung des Selbstmordes. A. S. Z. 9. — 9) v. Schrenck-Notzing. Litteratur über Psychopathie der vita sexualis. Zeitschr. f. Hypn. X. 5. — 10) Döllken. Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens. Leipzig. — 11) Robertson. Pathogenesis of general paralyse. B. m. J. 2113. — 12) Hirschl. Juvenile Form der Paralyse. W. kl. W. 21. — 13) Stolper. Paralyse und Unfall. M. f. U. 12 — 14) Schmiedicke. Paralyse nach Unfall. D. m. Z. No. 4. — 15) Leppmann. Chronische Verrücktheit als Unfallfolge. A. S. Z. 8. — 16) Meyen. Paranoia (Querulantenwahn) nach Trauma. M. f. U. 8. — 17) Sander. Ueber transitorische Geistesstörungen auf hysterischer Basis. D. m. W. 28. — 18) Düms. Epileptische Dämmerzustände in der Armee. D. m. Z. 10 u. 11 (73. Vers. d. Nat. u. Aerzte). — 19) Raecke. Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 58. Heft 2 u. 3. — 20) Bourneville. Alcoolisme, l'idiotie et l'épilepsie. Progrès méd. No. 16. — 21) Hirschl. Alkohol und Geistesstörung. W. kl. W. 15. — 22) Heilbronner. Pathologische Rauschzustände. M. m. W. 24, 25. — 23) Kalmus. Die Praxis der zellenlosen Behandlung. Psych. Woch. No. 49. — 24) Sander. Zur Therapie der akuten Erregungszustände. Psych. Woch. 36 u. 37. — 25) Weygandt. Bedeutung des Bürgerlichen Gesetzbuches für Schwachsinnige und Epileptiker. Zeitschr. f. d. Beh. d. Schwachsinnes u. d. Epil. No. 3 u. 4. — 26) Ilberg. Die strafrechtliche Bedeutung der Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtsweise XXI. — 27) Gömöry. Ueber einen durch Scheinoperation geheilten Fall von traumatischer, postoperativer Psychose. W. m. W. 37 u. 38.

(1) Ein zur Einführung nicht bloss, sondern auch zur Orientirung für den Erfahrenen vortrefflich geeignetes Werk, welches die diagnostische Seite der Psychiatrie in den Vordergrund stellt und damit seine Brauchbarkeit für der Praktiker vorzugsweise dokumentirt. Ein Lehrbuch will es nicht sein, wie dies auch aus der Anlage des Ganzen hervorgeht, welche manches Abweichende von der bekannten Kraepelinschen systematischen Eintheilung der Geisteskrankheit aufweist. Die treu nach dem Leben gezeichneten und charakteristischen Krankenbeispiele dienen in zweckmässigster Weise der Anleitung zur klinischen Betrachtung Geisteskranker und wirken in ihrer Anschaulichkeit fast mit der Unmittelbarkeit der klinischen Demonstration.

(3) Unter Mitwirkung mehrerer jüngerer Psychiater ist in dem vorliegenden Handbuch eine umfassende Darstellung des heutigen Standes der Psychiatrie von bemerkenswerther Gründlichkeit und Ausführlichkeit entstanden, in welchem namentlich auch die auf den Grenzgebieten zwischen Jurisprudenz und Medizin liegenden schwierigen Fragen in klarer und verständlicher Form vorgetragen werden, so die „Freie Willensbestimmung", „Der normale Mensch vor Gericht", „Ehescheidung wegen Geistesstörung", „Epileptische Dämmerzustände". Durchgehends werden die rechtlichen und klinischen Grundlagen der forensischen Psychiatrie gesondert behandelt, dabei bildet in allen Rechtsfragen nunmehr das neue B. G. B. die Grundlage, wodurch sich manche Abweichungen gegen ältere einschlägige Lehrbücher ergeben haben. Wegen seiner Reichhaltigkeit und Tiefe wird das Werk einen auch für militärforensische Fragen aller Art unentbehrlichen Rathgeber bilden.

(5) Nach Unfall kommen alle möglichen Formen des Irreseins vor, die sich von den nicht traumatisch bedingten durch Nichts als die Aetiologie unterscheiden. Unter dem Material E.'s befanden sich nur wenige Fälle, in denen der Unfall auf psychisch normalem nicht belasteten Boden sich entwickelte; die Mehrzahl war belastet, sei es erblich, sei es durch erworbene Schädlichkeiten, besonders Lues und Alkoholismus. Im Ganzen überwiegen die Depressionen und hypochondrischen Zustände, in den Wahnvorstellungen spielt vielfach der Unfall mit seinen Folgen eine Hauptrolle. Von noch allgemeinerem Interesse ist die sehr ausführliche Zusammenstellung der posttraumatischen Psychosen T.s (7), welche den heutigen Stand unserer Kenntnisse unter Berücksichtigung der Litteratur (91 Nummern) gut wiedergiebt. Einzelne Eigenbeobachtungen sind eingestreut. In 18 Schlusssätzen findet der Lehrer das Ergebniss in gut orientirender Weise zusammengedrängt.

(8) Für den nahen Zusammenhang zwischen Selbstmord und Geisteskrankheit sprechen manche Erfahrungen; so lehrt die Statistik, dass die grösste Zahl der Selbstmorde bei beiden Geschlechtern in das gleiche Lebensalter fällt, in welchem auch die Geisteskrankheiten ihr Maximum erreichen. Bekannt ist, dass eine Anzahl Geisteskrankheiten direkt zum Selbstmord führen, aber auch geringe, schwer zu erkennende Grade geistiger Störungen, z. B. bei Hysterie, disponiren schon dazu, und solche sind so verbreitet, dass man bei jedem Fall von Selbstmord, dem nicht völlig durchsichtige Motive zu Grunde liegen, an Geistesstörung denken muss. Zur Verhütung muss vor Allem der Irrenanstalt ihr altes Odium genommen und die Ansicht in immer weiteren Kreisen verbreitet werden, dass die Irrenanstalt auch nichts Anderes als eine Spezialheilanstalt ist.

(22) Die pathologischen Rauschzustände bieten ein hervorragendes forensisches Interesse. Nach kurzer Begriffsformulirung bringt Verf. eine Schilderung der Symptome, deren wichtigste der Angstaffekt, der Verlust der Orientirung und Hallucinationen sind. Von gerichtsärztlicher Bedeutung ist ferner die Frage: einfache Trunkenheit oder pathologischer Rauschzustand? Zu diesem letzteren sind disponirt die erblich Degenerirten, Epileptiker und Hysterische ferner erhöhen Kopfverletzungen sexuelle Exzesse etc. die Neigung dazu. Fällt die Entscheidung in Fällen, bei denen ein derartiges disponirendes Moment nachzuweisen ist, nicht schwer, so bleibt andererseits in zweifelhafteren Fällen nichts als ein „non liquet" für den Gerichtsarzt übrig, und es muss die Entscheidung lediglich dem Richter überlassen werden. Steinhausen.

(27) Ein Offizier wurde im Jahre 1894 wegen eines rechtsseitigen Leistenbruches der Radikaloperation nach Bassini unterzogen. Im Herbst 1896 wegen eines linksseitigen Bubo neuerdings ins Lazareth aufgenommen, begann er, obgleich der Bassini in geradezu idealer Weise gelungen war, über Schmerzen der rechten Leistengegend zu klagen und die ganz unbegründete Befürchtung auszusprechen, dass eine Rezidive seines früheren Bruchleidens eintreten müsse. Diese fixe Idee beherrschte ihn in der Folge derart, dass er zur Beobachtung seines Geisteszustandes in das Garnisonsspital No. 1 in Wien abgegeben werden musste. Hier wurde zu seiner Beruhigung zunächst eine Scheinoperation in der rechten Leistengegend, und als diese dem Kranken verrathen worden war, die Resektion des Wurmfortsatzes wegen der Möglichkeit einer Kolik des letzteren vorgenommen. Scheinbar beruhigt und zufriedengestellt verliess er das Lazareth und wurde auf ein Jahr beurlaubt. Die Annahme jedoch, dass auch durch die beiden in Wien vorgenommenen Operationen die fehlerhaften Verhältnisse der Bruchnarbe nicht geändert wurden, bestand bei ihm nach wie vor. Er liess sich daher nunmehr in das Garnisonsspital in Brünn aufnehmen, woselbst abermals eine Scheinoperation der Leistengegend vorgenommen wurde. Vor Beginn der Narkose wurde ihm mitgetheilt, dass die neue Operation Gelegenheit geben werde, einen Einblick in die alte Bruchnarbe zu gewinnen und alles Fehlerhafte daselbst zu beseitigen, so dass er dem Erfolge der Operation das vollste Vertrauen schenken könne. Dem ärztlichen und Wartpersonal wurde streng aufgetragen, ihm über die Art der Operation nichts zu verrathen. Letztere bestand in einem 8 und einem 5 cm langen Schnitte nach innen von der alten Bassini-Narbe mit Durchtrennung der Haut und des Zellgewebes, worauf die Wunden sofort genäht wurden. Heilung der letzteren in acht Tagen. Nach dem Erwachen aus der Narkose wurde dem Kranken mitgetheilt, dass thatsächlich ein Fehler in der alten Bruchnarbe gefunden und endgültig beseitigt wurde und er nunmehr von seiner Befürchtung vollkommen geheilt sei. Er gab dies auch zu, ist seitdem von seiner fixen Idee befreit und geht seinem Dienste anstandslos nach.

Kirchenberger.

8. Krankheiten der Luftwege (ausschl. Tuberkulose).

Siehe auch unter IV. A, 19, V. 14 u. VI. C. 6.

1) Mygind. Kurzes Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 99. — 2) Jonas. Die Wichtigkeit der Nasenanomalien für die innere Medizin; ihre soziale und forensische Bedeutung. D. A. Z. Heft 16 und 17. — 3) Rothschild. Gesichtspunkte in der Pathologie und Therapie der Pleuritis. D. A. Z. Heft 11. — 4) Kern. Ueber Empyem der Brusthöhle. D. m. Z. 19 2, S. 40. — 5) Riedinger. Die Behandlung der Empyeme. Würzburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 100. — 6) Douillet. Gangrän am Unterschenkel nach Lungenentzündung. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 47. — 7) Schuster. Ueber Pneumokokkenpyämie. D. m. Z. 1902, S. 44. — 8) van Zandt. Kreosot bei Pneumonie. Ein Résumé. M. r. — 9) Dorendorf. Beitrag zur Laryngeus superior-Lähmung. B. kl. W. S. 282. — 10) Glatzel. Ein bemerkenswerther Fall von Influenzalaryngitis. B. kl. W. S. 285 — 11) Simon. Zur Behandlung des Heuasthmas. D. m. W. No. 28. — 12) Ostino. Le stenosi nasali in rapporto al servizio militare. G. m. No. 9.

9. Herz- und Gefässkrankheiten.

Siehe auch unter V. 16—18, VI. A. 21, 25, 30 u. VI. C. 7.

1) Hirsch. Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom sogen. Fettherzen. M. m. W. No. 47, S. 1867. — 2) Burwinkel. Die Herzleiden, ihre Ursachen und Bekämpfung. München. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 209. — 3) Rumpf. Ueber einige Störungen der Herzfunktion, welche nicht durch organische Erkrankungen bedingt sind. D. m. W. No. 31. — 4) Gräupner. Die Konstitutionsbedingungen des Herzmuskels. D. A. Z. Heft 9. — 5) Smith. Die Funktionsprüfung des Herzens und sich daraus ergebende neue Gesichtspunkte. D. m. Z. S. 312 (V. K. I.) — 6) Hofmann. Ueber die objektiven Wirkungen innerer moderner Herzmittel auf die Herzfunktion. D. m. Z. S. 312 (V. K. I.). — 7) Gottlieb. Herzmittel und Vasomotorenmittel. D. m. Z. S. 310. (V. K. I.) — 8) Mendelsohn. Ueber die Erholung des Herzens als Maass der Herzfunktion. D. m. Z. S. 312 (V. K. I.). — 9) Stifler. Ueber Herz-Heilbäder. M. m. W. — 10) Nürnberger. Der Zusammenhang der Sklerose der Kranzarterien des Herzens mit der Erkrankung seiner Muskulatur. D. m. W. No. 24. — 11) Landgraf. Bemerkungen zu einem Fall von Aortenaneurysma. B. kl. W. S. 725. — 12) v. Kahlden. a) Ueber Porenkephalie. b) Ueber eine seltene Ursache der Aortenruptur. D. m. Z. S. 375 (V. K. I.).

(11) Bei einem 43jährigen Ofizier bestand ein Aortenaneurysma mit linksseitiger Recurrens-Lähmung. Die Lähmung ging im Laufe eines halben Jahres spurlos zurück, obwohl sich der Tumor selbst in keiner Weise verändert hatte. Schurig.

10. Krankheiten der Unterleibsorgane.

Siehe auch unter V. 16—18, VI. A. 21, 25, 30 und VI. C. (7).

1) Ritter. Zahn- und Mundleiden mit Bezug auf Allgemein-Erkrankungen. Bespr. D. m. Z. S. 112. — 2) Spiegelberg. Die Krankheiten des Mundes und der Zähne im Kindesalter. Würzburg. Bespr. D. m. Z. S. 99. — 3) Westenhoeffer. Ein bemerkenswerther Fall von rapid verlaufener Addisonscher Krankheit. D. m. Z. S. 82. — 4) Hesse. Die Behandlung der Cholelithiasis auf Grund der neueren Forschungen über ihre Pathogenese. Fortschr. d. Med. Bd. 19. No. 17. — 5) Spiro. Ueber die Wirkung der Alkoholklysmen auf die Magensaftsekretion beim Menschen. M. m. W. No. 47 S. 1871. — 6) Fiedler. Ueber Gallenstein und Gallensteinkrankheit. M. m. W. No. 43. S. 1691. — 7) Ebstein. Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis. Stuttgart. Bespr. D. m. Z. 1902. S 208. — 8) Müller, Oskar. Zur Behandlung der akuten Bauchfellentzündung. D. m. Z. S. 501. — 9) Janz. Kasuistischer Beitrag zur Kenntniss des akuten Ileus. D. m. Z. S. 343. — 10) Hermes. Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch den ringförmig verwachsenen Wurmfortsatz. D. m. W. No. 23. — 11) Thöle. Ileus durch Faserkrebs der Flexura coli lienalis bei einem 20jährigen Soldaten. D. m. Z. S. 193 und 257. — 12) Curschmann. Zur diagnostischen Beurtheilung der vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Prozesse. M. m. W. S. 1907 und 1962.

(12) Zur Beurtheilung der entzündlichen Prozesse hat Curschmann die Zählung und Vermehrung der weissen Blutkörperchen mit heran-

gezogen. Er fand, dass bei der grösseren Mehrzahl aller Fälle von Perityphlitis gleich im Anfang des Prozesses oder doch mit Beginn der Exsudatbildung eine Vermehrung der Leukocyten im Blute eintrat. Ist diese Vermehrung nur eine vorübergehende, dann kann man in den meisten Fällen darauf rechnen, dass es nur zu kleineren, nicht abscedirenden Exsudaten kommen, und auch im Uebrigen der Verlauf leicht und relativ kurz sein wird.

Ergiebt aber die Zählung ein- oder zweimal 25 000 bis 30 000 weisse Blutkörperchen, dann kann man getrost die chirurgische Behandlung eintreten lassen; dasselbe trifft zu, wenn die Zahl der weissen Blutkörperchen relativ vermehrt ist und sich dauernd auf dieser Höhe erhält. Schurig.

11. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. — Syphilis und Hautkrankheiten.

Siehe auch unter I. 15, IV. A. 20, IV. B. 8 (29 u. 30), V. 29, VI. A. 16, VI. B. 7b (13) und IX. B. 30.

1) Panara. Prophylaxe der Syphilis bei den Soldaten. M. A. No. 3 und 4. — 2) Thurnwald. Ein Fall von akuter rother (gelber) Leberatrophie im Frühstadium der Lues. W. m. W. No. 29. — 3) Richter. Die Hauterkrankungen des Soldaten. M. A. No. 3, 4 und 5 und 13 und 14. — 4) Lehmann, Robert. Ueber Arzneiexantheme und ihre Beziehungen zu einigen anderen Hauterkrankungen. M. f. U. No. 8. — 5) Osion. Ausschlag infolge von Raupen in der Wäsche. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. S. 440. — 6) Seiffer. Neuere Auffassungen über Wesen und Bedeutung des Herpes zoster. Fortschr. d. Med. Bd. 19. No. 17. — 7) Die innere Behandlung von Hautleiden. Jessners Dermat. Vorträge für Praktiker. 5. Heft. Würzburg. Bespr. D. m. Z. 1902 S. 209. — 8) Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife. Jessners Dermat. Vorträge für Praktiker. 6. Heft. Würzburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 209. — 9) Matudis. Ichthyosis auf dem Boden einer Nervenkrankheit. W. m. J. Heft 7. — 10) Barankin. Erworbene Ichthyosis. W. m. J. Heft 2. — 11) Loktew. Ein Fall von Ektropium durch Ichthyosis. W. m. J. Heft 2. — 12) Jeney. Heilung von Lupus vulgaris mittelst Röntgenstrahlen. M. A. No. 9 und 10. — 13) Lassar. Zur Therapie des Cancroid. B. kl. W. No. 10. — 14) Kümmell. Praktische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten. D. m. Z. S. 303 (V. K. Ch.). — 15) Gossner. Einfluss subkutaner Gelatineinjektion auf Nierenbeckenblutung. M. m. W. S. 59. — 16) Münzer. Zur Lehre von der Febris hepatica intermittens nebst Bemerkungen über Harnstoffbildung. D. m. Z. S. 371 (V. K. I.). — 17) Braun. Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie. B. kl. W. S. 286. — 18) Martens. Die chirurgische Behandlung der Harnröhrenstrikturen. B. kl. W. S. 121. — 19) Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten. Bespr. D. m. Z. S. 535. — 20) Scholz, W. Ueber die moderne Therapie der Gonorrhoe des Mannes. D. P. S. 41. — 21) Niessen. Ueber Tripperbehandlung mit Protargol. M. m. W. S. 460. — 22) Brandis. Bemerkungen über Syphilis im Allgemeinen nach eigenen Erfahrungen. D. A. Z. No. 3. — 23) Hoffmann. Zur Meningitis basilaris syphilitica praecox. B. kl. W. S. 296. — 24) Ziemssen. Warum erscheint Hirnlues schwerer heilbar? B. kl. W. S 484. — 25) Glatzel. Zur Differentialdiagnose des Primäraffektes auf der Mundschleimhaut. Archiv f. Laryngol. 12. Bd. 1. Heft.

(1) Nach Panara sind den Offizieren und Chargen Vorträge über die Gefahren der Syphilis zu halten. Venerische Kranke sind nicht zu bestrafen. Jede Woche ist ein Viertel der Mannschaft der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, wobei die Genitalien, Haut, Mund, Rachen, Kehlkopf und Lymphdrüsen in Betracht kommen. Der Name der Frauensperson, welche den Soldaten infizirt hat, ist zu ermitteln. Die Truppenärzte sollten ein Verzeichniss der luetisch erkrankt Gewesenen führen und diese oft untersuchen. Solchen Soldaten ist strenge zu verbieten, unmittelbar von den Ausflussröhren der Wasserleitung zu trinken; sie sind strenge an den Gebrauch von Gläsern anzuhalten, die Kantinen sind zu überwachen, um jede Infektion per os zu verhüten.

(2) Thurnwald berichtet über einen Fall von akuter rother (gelber) Leberatrophie im Frühstadium der Lues. Ein Offizier acquirirte ein hartes Geschwür. Nach 11 Wochen Auftreten von Sekundärerscheinungen: am Stamme zerstreut ein kleinfleckiger Ausschlag, Leistendrüsen bohnengross, am übrigen Körper erbsengross, Angina luetica. Schmierkur mit Quecksilbervasogen (33 pCt.); nach der ersten Einreibungstour Auftreten von Gelbsucht, welche aber im weiteren Verlaufe nicht zurückging, sondern zunahm, so dass Haut und Schleimhäute ein braunrothes Kolorit annahmen. Die anfangs vergrösserte Leber verkleinert sich allmählich, der dunkelgrünbraun gefärbte Harn enthält u. A. Gallenfarbstoff, Leucin und Tyrosin. Patient wird allmählich komatös und stirbt nach wenigen Tagen. Der Obduktionsbefund ergab: akute rothe Leberatrophie, akute Nierenentartung, fettige Entartung und Erweiterung des Herzens, Lungenödem und Ikterus.

(3) In einer längeren Arbeit behandelt Richter die Hautkrankheiten der Soldaten, welche im österreichisch-ungarischen Heere die häufigste Krankheitsgruppe darstellen. Hierbei werden die Aetiologie, Pathogenese und Therapie nachstehender Krankheitsformen erörtert: Fingerwurm, Abscesse, Geschwüre, Furunkel, Wunddruck der Füsse und Aufritt, Schweissfuss, die bei Soldaten am häufigsten vorkommenden akuten und chronischen Hautkrankheiten, die Krätze und sonstige Erkrankungen der äusseren Bedeckungen. Betreffs des Wunddruckes der Füsse und des Aufrittes wird u. A. angeführt, dass deren Häufigkeit im genannten Heere von 33 pro Mille der Kopfstärke im Jahre 1889 bis auf 20,2 pro Mille im Jahre 1898, also um 12,8 pro Mille herabgesunken ist. Auch die Krätze hat sich vermindert.

Im Allgemeinen wird die befriedigende Wahrnehmung gemacht, dass die Hauterkrankungen im Heere der Häufigkeit nach im Rückgange begriffen sind, dass jedoch die Zahl der Invalidisirungen und Todesfälle infolge dieser Krankheiten eine Zunahme aufweist.

Als Vorbeugungsmaassnahmen zur Hintanhaltung dieser Krankheiten werden empfohlen:

1. Vermehrtes Augenmerk auf eine häufigere und gründlichere Reinigung des Körpers.
2. Belehrung der Mannschaft über das Verhalten bei Verletzungen, auch geringen Grades.
3. Systematisch durchgeführte Fusspflege und Einführung einer Fussvisitirung.
4. Verwendung passender Fussbekleidung.
5. Verhütung des Uebergreifens parasitärer Hauterkrankungen.

Kirchenberger.

(9) Madutis schildert einen besonderen Fall von Ichthyosis bei einem seit 5 Jahren damit behafteten Manne, welcher symmetrische Anästhesien und allgemein nervöse sowie leicht ataktische Symptome aufwies. Die Fischhaut war in thalergrossen Platten und 0,5 bis 1,5 cm langen, hornigen, gelben Nadeln nur auf die Füsse vertheilt und stellenweise bis zur Krokodilshaut ausgebildet. Vor 7 Jahren hatte er Typhus überstanden. Verf. nimmt das Vorliegen von Syringomyelie an.

(10) Barankin beschreibt einen Fall von Ichthyosis nach Nervenerschütterung bei einem Mann, den ein durchgehendes Pferd bis an den steilen Abhang eines reissenden Flusses geschleift hatte. Die Krankheit, nach einigen Wochen auftretend, vertheilte sich auf Rücken, Bauch und Gegend der Deltamuskeln, spärlicher auf Beine (Vorderseite), Hohlhand und Gesicht. Die Beugefalten der Gliedmaassen waren frei.

(11) Loktew sah einen Fall von Umkehrung des rechten unteren Augenlides bei einem Manne mit Ichthyosis, welche seit dem 5. Jahre bestand. Blau.

(12) Jeney hat im Garnisonspitale No. 1 in Wien zwei Fälle von Lupus vulgaris mit Röntgenstrahlen behandelt, die Heilung des einen Falles erfolgte in 100 Sitzungen, während der zweite schon nach 35 Sitzungen eine wesentliche Besserung zeigte. Im Verlaufe der Behandlung stellten sich mehrfache accidentelle Veränderungen der Haut ein. Betreffs der noch immer strittigen Frage, ob die Röntgenstrahlen selbst oder die elektrischen Entladungen, welche in der Umgebung der sogenannten „harten" Röhre stattfinden, auf die Haut wirken, neigt J. der ersteren Meinung zu, da er bei Behandlung seines ersten Falles, welcher viel später zur Heilung gelangte, abwechselnd „harte" und „weiche" Röhren gebrauchte, während der zweite Fall schon nach verhältnissmässig kurzer Zeit eine wesentliche Besserung aufwies, da J. zu der Zeit zufällig nur „weiche" Röhren, welche sich zu Durchleuchtungszwecken wenig eignen, verwenden musste. Kirchenberger.

(14) Sobald die operative Entfernung einer Niere in Frage kommt, dient zur Bestimmung, ob eine zweite funktionsfähige Niere vorhanden ist, in erster Linie die Ureterenkatheterisation und die Untersuchung des aus jeder Niere für sich gewonnenen Urins. Ob aber die Funktionsfähigkeit und Arbeitsleistung jedes einzelnen Organs eine ausreichende ist, entscheidet mit Sicherheit die Methode der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins, die Harnstoffbestimmung und die Zuckerbestimmung nach Anwendung der Chloridzinmethode. — Ein Gefrierpunkt des Blutes, welcher normal bei —0,55 bis 0,56 ° liegt, von —0,59 bis 0,60 und darüber deutet auf eine Insufficienz der Nieren hin, welche einen operativen Eingriff kontraindizirt. — Die in Tabellen beigefügten Untersuchungsergebnisse erläutern die dargelegten Grundsätze. So—r.

(15) Ein Fall von Nierenbeckenblutung wurde durch subkutane Gelatineinjektion geheilt.

(21) Auf Grund der im Garnisonlazareth München gemachten Erfahrungen kommt Niessen zu dem Resultat, dass die Behandlungszeit durch Protargol nicht herabgesetzt worden ist, dass jedoch bezüglich der Hervorrufung von Komplikationen Protargol unbedenklicher ist als Argentum nitricum.

(23) Die Erkrankung trat trotz frühzeitiger energischer antisyphilitischer Behandlung schon $2^1/_2$ Monat nach dem Ausbruch der Roseola auf. Die Lähmungserscheinungen blieben streng einseitig. Es handelte sich

wahrscheinlich um eine cirkumskripte, den Periostitiden der Frühperiode der Syphilis gleichzustellende Entzündung der Dura mater.

(24) Ziemssen tritt für eine möglichst kräftig und möglichst lange durchgeführte Inunktionskur mit gleichzeitigem Gebrauche von Jodkali ein. Schurig.

12. Andere innere Krankheiten.

Siehe auch wegen Leukämie V. 13, wegen Diabetes V. 26 und VI. A. 34, wegen Krebs IV. A. 22 und VI. A. 15.

1) Grawitz, E. Zur Frage der enterogenen Entstehung schwerer Anaemie. B. kl. W. S. 641. — 2) Sjöbring. Ueber Krebsparasiten. A. kl. Ch. Bd. 65 Heft 1. — 3) Laspeyres. Ein Beitrag zur Krebsstatistik. C. a. G. 20. Jahrg., Heft 9 u. 10 S. 342. — 4) De Vita. Il primo caso di actinomicosi in militari italiani. An. m. n. No. 5. — 5) Hönigschmied. Die Behandlung der Gicht mit Urosin. Wien. Med. Blätter No. 51. — 6) de la Camp. Chinasäure und Gicht. M. m. W. No. 30 S. 1203. — 7) Oddi. Un caso di fulminazione non mortale. G. m. No. 9. — 8) Rosenbach. Bemerkungen zur Therapie der Seekrankheit. M. m. W. No. 46 S. 1839. — 9) Heinz. Ein Hülfsmittel gegen Seekrankheit. M. m. W. No. 38 S. 1471. — 10) Kaufmann. Ueber den Werth methodischer Tiefathmungen, insbesondere bei Seekrankheit. M. m. W. No. 42 S. 1658. — 11) Krumbein. Ein Fall von Situs transversus viscerum. D. m. Z. S. 228. — 12) Bodenstein. Die Schlaflosigkeit und ihre Bekämpfung. D. A. Z. Heft 19. — 13) Schmidt, P. Ueber Hitzschlag an Bord von Dampfern der Handelsflotte, seine Ursachen und seine Abwehr. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 210. — 14) Kelsch. Plötzlicher Tod bei Soldaten. M. A. No. 5.

(1) Die Blutveränderung ist in keinem der Fälle als eine wirkliche primäre Blutkrankheit anzusehen, sondern ist stets sekundär. Welches die Entstehungsursache ist, muss in jedem Falle auf das Sorgfältigste eruirt werden, denn danach muss sich die Therapie richten. Die Anaemien enterogenen Ursprungs können durch ein geeignetes diätetisches Heilverfahren, verbunden mit Magendarmspülungen und Arsenikgaben, geheilt werden. Schurig.

(14) Plötzlicher Tod kann u. A. auch bei scheinbar gesunden Menschen eintreten; bei jungen Männern sieht man ihn häufiger in Kasernen als in Civilspitälern. Ursachen des plötzlichen Todes sind entweder angeborene Defekte (z. B. am Herzen) oder häufiger latente Störungen im Herzen, in den Lungen und grossen Gefässen, im Gehirne, welche vorausgegangene Krankheiten gesetzt haben; ein Zufall, ein dienstlicher Vorfall, Kälte oder Hitze, führen hier plötzlichen Tod herbei. Pleurale Anwachsungen werden bei der Obduktion häufig gefunden.

Der Tod durch eine Schwäche im Athmungstrakt wird häufiger auf Märschen als in der Kaserne beobachtet; seine Erscheinungen sind: rasch einsetzende Athemnoth und Lungenlähmung. Die Autopsie zeigt hier am häufigsten neben akuter Lungenhyperämie pleurale Anheftungen. Manchmal treten auch Herz- und Lungenschwäche unter dem Bilde einer schweren Ohnmacht plötzlich auf und führen zum Tode; diese Zufälle treten zumeist bei anstrengender Muskelarbeit in der heissen Jahreszeit auf. Um den latenten Prozessen, welche den plötzlichen Todesfällen zugrunde liegen, auf die Spur zu kommen, muss der Militärarzt genau untersuchen und auf die geringsten krankhaften Erscheinungen achten.

Kirchenberger.

C. Chirurgische Krankheiten.

1. Allgemeines.

Siehe auch unter I. 19—21.

1) Trnka. Studien und Beiträge zur modernen Chirurgie im Kriege. M. A. No. 6—10. — 2) Rupprecht, P. Die Krankenpflege im Frieden und im Kriege. 4. Aufl. — 3) The case of the late president Mc Kinley. N. Y. m. J. Sept. 14 u. 21, Okt. 5 u. 19. — 4) Watson Cheyne. On the treatment of wounds in war. B. m. J. Nov. 30. — 5) Kocher, Th. Chirurgische Operationslehre. 4. Aufl. — 6) Engel, H. Technik des ersten Verbandes nebst einigen Bemerkungen zur sog. kleinen Chirurgie des praktischen Arztes. Berlin. — 7) Leser, E. Operations-Vademecum. Leipzig. 2. Aufl. — 8) Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie clinique et opératoire. Paris. — 9) Heath, Ch. A manual of minor surgery and bandagins. London. 12. Aufl. — 10) Jamain, A. Manuel de petite chirurgie. Paris. 8. Aufl. — 11) Fischer. Leitfaden der kriegschirurgischen Operationen (Bd. 5 der Bibliothek v. Coler). Bespr. D. m. Z. S. 297. — 12) Zuckerkandl. Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. Bespr. D. m. Z. S. 59. — 13) van Eden. Verbandlehre. Jena. Bespr. D. m. Z. 1902. S. 254.

(1) Wie Trnka auseinandersetzt, muss der Chirurg, der berufen sein wird, in einem zukünftigen Kriege thätig zu sein, einerseits mit der modernen Lehre von der Geschosswirkung vollkommen vertraut sein, andererseits müssen ihm die grossartigen Errungenschaften der Chirurgie in der Neuzeit geläufig sein. Die Kenntniss des Charakters der Schusswunden, bezw. der Geschosswirkung, ist von hervorragender Wichtigkeit für die Indikationsstellung zu eingreifenden, lebensrettenden Operationen im Kriege und zum Vorgehen des Kriegschirurgen überhaupt.

Betreffs der operativen Technik hat der Kriegschirurg nach dem Grundsatze der Exaktheit, Einfachheit und Zeitersparung vorzugehen. Von den Errungenschaften der modernen Chirurgie werden dem Kriegschirurgen zugute kommen: die plastischen Operationen an der Haut, an Aponeurosen und Fascien, den Muskeln, Sehnen, Gelenken und Knochen, sowie die übrigen Eingriffe an diesen Organen behufs Ersatz, Richtigstellung, Vereinigung und Entfernung; die Operationen am zentralen und peripheren Nervensystem; die operativen Eingriffe am Gefässsystem (Herznaht[?], Gefässnaht, Blutstillung, Blutersatz durch subkutane Kochsalzeinspritzungen); die Eingriffe am Respirationstrakte (Lungenchirurgie, Tracheoplastik); die Technik und Methodik der Eingriffe am Darmtrakte, wobei die Frage der primären oder sekundären Operation bei durchdringenden Bauchschüssen nach dem Kaliber und der Distanz des Geschosses, dem Zustande des Verletzten, nach Ort, Zeit, Umständen, den zu Gebote stehenden Mitteln, der Assistenz u. A. m. genau zu erwägen sein wird; die Bemühungen zur Vereinfachung sowie zur Vervollkommnung der chirurgischen Asepsis und Antisepsis, die serumtherapeutischen Maassnahmen bei Wundkrankheiten, insbesondere beim Wundstarrkrampf, die orthopädischen Neuerungen und endlich die Röntgen-Photographie und Diaskopie. Kirchenberger.

(3) Der vorliegende Bericht über die tödliche Verletzung Mc Kinleys kann Jedem empfohlen werden, der sich über diesen, auch chirurgisch hochwichtigen Fall genau orientiren will. Wunde, Behandlung, Verlauf

und Ausgang werden ausführlich beschrieben; ebenso der Sektionsbefund.

(4) Watson Cheyne bezweifelt, dass man in der ersten Linie eine den modernen Anforderungen entsprechende Wundbehandlung durchführen kann. In Südafrika waren die Resultate trotzdem gut, weil Beschaffenheit der Wunden und Klima günstig waren. Wunden mit grösserer Hautöffnung wurden aber fast immer infizirt. Sehr schwierig war das Herausschaffen aus der Feuerlinie.

(5—12) Ein Theil der oben aufgezählten Werke ist bereits in der D. m. Z. besprochen; die anderen gelten, wie bei einzelnen schon die Zahl der Auflagen beweist, für wichtige chirurgische Hülfsmittel und geben über den Stand der Chirurgie und Operationslehre bei uns, in Frankreich und England gute Auskunft. A. K.

2. Wundbehandlung.

1) Jerzabek, A. Das Verbandpäckchen und seine Anwendung auf dem Schlachtfelde. Wien. — 2) Ziemssen. Die Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten. Wiesbaden. — 3) Ueber eine neue Methode der Desinfektion von Wunden und fistelförmigen Wundkanälen. A. W. m. Z. No. 43. — 4) Marx, H. Chinin als Stypticum und Antisepticum. C. Ch. No. 45. — 5) Franke. Das Benzin in der Chirurgie. Ebenda No. 11. — 6) Schaerges. Die experimentelle Grundlage der Wundbehandlung mit Airol. Kl. ther. W. No. 38. — 7) Beck, C. Wie kommt man der idealen Asepsis am nächsten? D. A. Z. Heft 15 u. 16. — 8) v. Bruns u. Honsell. Ueber die Desinfektion infizirter Wunden. D. m. Z. S. 304 (V. K. Ch.). — 9) Fränkel. Ueber Wundbehandlung nach Operation wegen lokaler Tuberkulose. D. m. Z. S. 304 (V. K. Ch.). — 10) v. Bruns u. Honsell. Ueber die Anwendung reiner Karbolsäure bei septischen Wunden und Eiterungsprozessen. A. kl. Ch. Bd. 64 Heft 1. — 11) Rosenberger. Ursachen der Karbolgangrän. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 92. — 12) Hammesfahr. Vereinfachung und Verbilligung des aseptischen Apparates und seine Gestaltung an kleineren Krankenhäusern. M. m. W. No. 28, S. 1132. — 13) Nothnagel. Ueber Catgut. D. m. Z. S. 669. — 14) Krönig. Die Verwendung fabrikmässig sterilisirten Nahtmaterials in der Praxis. M. m. W. No. 44, S. 1746. — 15) Gerson. Eine Pflasterbinde für kleinere Wundverbände, als Ersatz für Mull- und Cambricbinden. M. m. W. No. 30, S. 1217 und Ther. d. Gegenw. Febr. — 16) Paul u. Sarwey. Experimentaluntersuchungen über Händedesinfektion. M. m. W. No. 36, 37 u. 38, S. 1407, 1450 u. 1488. — 17) Lübbert, A. Ueber die Desinfektion der Hände mit Formaldehyd. D. m. Z. S. 559. — 18) Habart. Die Methoden und Indikation der Knochennaht, mit besonderer Berücksichtigung der Schussfrakturen im Kriege und der Anwendung von Gehverbänden in Feldlazarethen. M. A. No. 21 u. 22. — 19) Franke. Ueber die Behandlung komplizirter Frakturen. A. kl. Ch. Bd. 62, Heft 4. — 20) Lotheisen. Zur Technik der Nerven- und Sehnennaht. A. kl. Ch. Bd. 64, Heft 2. — 21) Pichler, R. Ueber den Werth des Aluminiumbronzedrahtes in der Chirurgie. C. Ch. No. 16. — 22) Kelling, G. Beckenhängelage bei horizontalem Rumpf für Operationen in der Nähe des Zwerchfells. Ebenda No. 42. — 23) Favre. La chirurgia operativa negli stabilimenti sanitari militari nel 1900. G. m. No. 7 u. 8. — 24) Perassi. La chirurgia asietica

e le abilitazioni alla milizia. G. m. No. 4 u. 5. — 25) Elmiger. Nähnadel mit Griff. D. P. Heft 3. Anhang S. 19. — 26) Barsickow. Ueber die bakterientödtende Wirkung des Alkohols und des Spiritus saponat. Pharmazeut. Ztg. No. 5.

(1) Der grosse Nutzen des Verbandpäckchens auf dem Schlachtfelde, den auch Jerzabek hervorhebt, ist immer mehr bestätigt; zweckmässige Einrichtung und Verwendung sind natürlich Vorbedingungen.

(2) Ziemssen betont die grossen Vorzüge der modernen Badeorte mit ihren Einrichtungen für mechanische und hydriatische Behandlung bei der Nachbehandlung von Kriegsinvaliden.

(3) Um Wunden und Fistelgänge gründlich desinfiziren zu können, hatte Coudray im Jahre 1900 seinen „Ipsileur", einen mit antiseptischen Mitteln versehenen Chloraethylspray empfohlen. Wie die A. W. m. Z. berichtet, soll der Apparat in Frankreich ziemlich oft benutzt werden.

(4) Die von Marx auf Grund bakteriologischer Experimente und klinischer Erfahrungen für die Wundbehandlung empfohlene Lösung besteht aus 1 Theil Chinin. muriat., 3 Theilen Spirit. rectif. und 96 Theilen Wasser. Sie soll blutstillend und kräftig antiseptisch wirken.

(5) Franke benutzt statt des theuren Aethers seit einiger Zeit mit gutem Erfolge das viel billigere Benzin zur Reinigung resp. Entfettung der Hautoberfläche. Der Geruch ist nicht lästig; unangenehme Nebenerscheinungen hat er nicht beobachtet.

(6) Schaerges stellt die bisher mit dem Airol gemachten experimentellen, bakteriologischen und klinischen Erfahrungen zusammen und kommt zu dem Schluss, dass dieses Mittel sowohl ausserhalb, als auch innerhalb des thierischen und menschlichen Organismus antiseptisch wirkt, und dass diese Wirkung dem sich abspaltenden Jod in statu nascendi zuzuschreiben ist.

(7) Becks Vorschläge sind gut durchdacht und bis ins Kleinste ausgeführt; ohne gerade Neues zu enthalten, geben sie den jetzigen Stand der Frage der Aseptik in klarer übersichtlicher Weise. A. K.

(8 u. 10) Bruns u. Honsell empfehlen Austupfen der event. durch Spaltungen erweiterten und durch Ausschabung oder Exzision gereinigten Wunden mit einem in reine Karbolsäure getränkten Gazetupfer, und nach 1 Minute langer Einwirkung sofortiges Abspülen mit absolutem Alkohol, und haben keinerlei örtliche Schädigung, noch irgend eine Vergiftungserscheinung beobachtet. Andererseits ist eine sichere Abtödtung der in der Wunde vorhandenen Infektionskeime und eine gewisse Dauerwirkung festgestellt worden. Die Sorge für Sekretabfluss und Behinderung einer Bakterienresorption darf dabei nicht ausser Acht gelassen werden.

So—r.

(12) Hammerfahr betont besonders, dass man seine Hände genügend desinfiziren kann, wenn man sie immer vor Infizirung schützt, eitrige Verbandstoffe nur mit Pinzetten anfasst, beim Touchiren Gummifinger und bei septischen Operationen Handschuhe anzieht.

(14) Krönig empfiehlt als Unterbindungs- und Nahtmaterial das in Pappschachteln aufgerollte, in Cumol auf 160° erhitzte, dann in Benzin und schliesslich im Trockenofen behandelte Catgut (von der Firma Dronke, Köln, zu beziehen).

(15) Die von Gerson empfohlenen Binden sind aus Gummigewebe mit Klebemasse überzogen. Sie können als Konstriktionsbinden be-

sonders da nützlich sein, wo die einfache elastische Binde leicht abrutscht; man kann sie aber auch sonst vielfach zur Blutstillung oder zum Fixiren von Verbandstoffen gebrauchen.

(16) Die Experimente von Paul u. Sarwey haben gezeigt, dass eine volle Keimfreiheit der Haut auch bei den stärksten Antisepticis nicht zu erreichen ist. Am meisten leistete noch der Sublimatmethylalkohol und das Sublimataceton — aber auch nur für kurze Zeit. Es ist bekannt. dass auch primär verheilte Wunden nicht bakterienfrei gewesen waren. (Siehe den vorigen Bericht S. 97.) A. K.

(18) Nicht wenige Knochenbrüche heilen nach Habart sehr ungünstig, theils mit Knochenverschiebung, theils mit Gelenkssteifheit; in manchen Fällen tritt gar keine knöcherne Vereinigung ein. Die Radiographie zeigt nur zu oft, dass viele Knochenbrüche bei der bisher üblichen Therapie nur scheinbar gut geheilt sind. Die Knochennaht in Verbindung mit strenger Aseptik und Gehverbänden (bei Frakturen der unteren Gliedmaassen) findet daher in der Gegenwart nicht nur bei offenen, sondern auch bei subkutanen Knochenbrüchen immer mehr Anwendung und verdient auch in die Kriegschirurgie eingeführt zu werden. Neben Vernageln der Knochenenden durch Metallnägel, wie Eisen, Messing, Silber, Platin, Aluminiumbronze, Klammern, Elfenbeinstifte, dekalzinirte Knochen kommt auch die osteoplastische Knochenvereinigung, die trockene Heftpflasternaht, sowie die Naht mit Seide, Catgut, dann die blutige Adaptirung der keil- und treppenförmigen Knochenstümpfe, das Einlegen von Metallschienen oder Metallhülsen an die Bruchenden u. s. w. in Betracht. Kirchenberger.

(19) Franke berichtet in zwei getrennten Abschnitten: I. über 74 Fälle komplizirter Frakturen der Gliedmaassen und II. über 64 Fälle komplizirter Schädelfrakturen, und deren Ausgang unter ausführlicher Angabe einer grösseren Anzahl von Krankengeschichten und Schilderung des bei der Behandlung geübten Verfahrens. Die Heilungsresultate waren sehr günstige; es starben von allen Behandelten nur 3. Von besonderem Interesse sind die nach der Einheilung von Knochensplittern erzielten Ergebnisse und die Erfolge osteoplastischer Verschlüsse auch grösserer Schädeldefekte.

(20) Um das isolirte Zusammenheilen von Nervenstümpfen und durchtrennten Sehnen zu begünstigen, bei welchen die direkte Vereinigung durch die Naht unmöglich ist, empfiehlt Lotheisen die Benutzung von Gelatineröhren, welche in 2 pCt. Formalinlösung gehärtet sind. Je länger die Härtung gedauert hat, je langsamer erfolgt die Resorption. Bedingung für den Erfolg ist prima intentio, da bei Fieber und Eiterung die Röhrchen in wenigen Tagen einschmelzen, während sonst Wochen und Monate dazu nöthig sind. So—r.

(21) Pichler empfiehlt auf Grund von Untersuchungen bei Mikulicz den von Sauer eingeführten Aluminiumbronzedraht auch deshalb, weil es sich gezeigt hat, dass er antiseptische Wirkung besitzt.

(22) Der Vorschlag Kellings geht dahin, bei Operationen im oberen Abschnitte des Bauches, den Kranken so zu lagern, dass der Oberkörper am Rande des Operationstisches befestigt wird, während Becken und Beine herunterhängen. A. K.

(25) Elmiger hat eine Nähnadel mit Griff konstruirt, um den Nadelhalter entbehrlich zu machen. Das eine Modell besitzt Drahtgriff, das andere Plattengriff. Die Nadel soll leicht desinfizierbar, widerstandsfähig,

handlich sicher sein und sich nicht verfangen, da sie nicht wie die Mooysche, dem gleichen Zwecke dienende Nadel eine Einkerbung, sondern eine grosse Oese trägt.

(26) Barsickow hat in dem Garnisonlazareth Würzburg (bakteriologische Station) auf Veranlassung Dieudonnés Untersuchungen angestellt und gefunden, dass die bakterientödtende Wirkung des Seifenspiritus lediglich auf dessen Alkoholgehalt beruht. Der Seifenspiritus der Pharmacopoe stellt eine etwa 10 prozentige Kaliseifenlösung in 43 (Gew.) pCt. Alkohol dar. 10 prozentige wässrige Seifenlösung erwies sich als nicht desinfizierend, während alkoholische (43 pCt.) Seifenlösung und ebenso 43 pCt. Alkohol allein in 2 Minuten Staphylokokken abtödtete. Die Desinfektionskraft liegt aber vorwiegend in den Grenzen von 40 bis 60 pCt.; darüber oder darunter erweist sie sich als geringer. Verf. empfiehlt zur Händedesinfektion einen etwas alkoholreicheren Seifenspiritus als den der Pharmacopoe — oder statt dessen eine Lösung von 10 pCt. neutraler Seife in etwa 50 pCt. (Gew.-Prozent) Alkohol. Blau.

3. Wundkrankheiten.

Siehe auch unter VI. B. 8 (7).

1) Dehler. Beitrag zur Behandlung des Tetanus traumaticus. M. m. W. No. 36, S. 1417. — 2) v. Leyden. Ein geheilter Fall von Tetanus. D. m. W. S. 477. — 3) Nothnagel. Ein Fall von Kopftetanus. A. W. m. Z. No. 10 bis 13 inkl. — 4) Herhold. Vier Fälle von Tetanus. D. m. W. No. 29. — 5) Wilms. Was leistet das Tetanusantitoxin beim Menschen. M. m. W. S. 213. — 6) Möllers. Beitrag zur Frage über den Werth des Tetanustoxins. D. m. W. S. 814. — 7) Simons. Ueber Gehirnabscess nach Pyämie. D. m. Z. 1902, S. 44. — 8) Evans. Zur Behandlung der Rose. W. m. J. No. 1. — 9) Jordan. Ueber die Aetiologie des Erysipels und sein Verhältniss zu den pyogenen Infektionen. M. m. W. No. 35, S. 1371.

(1) Dehler berichtet über eine 48 Jahre alte Frau, die sich mit einer Mistgabel in den linken Fussrücken gestochen hatte. Nach 12 Tagen Trismus; 2 Tage später, nach Entfernung eines kleinen Strohhalms aus der Wunde, Excision, Trichloressigsäure, Sublimat; 13 Tage lang Tizzonis Serum, 18 Tage lang Chloral oder Morphium. Heilung.

(2) v. Leyden, der schon vor 2 Jahren einen durch Duralinjektion von Behringschem Serum geheilten Fall von Tetanus vorstellte, hat einen zweiten Erfolg dieser Behandlung zu verzeichnen. Eine Wunde war bei dem 22 Jahre alten Patienten, einem Pferdeknecht, nicht aufzufinden; infolgedessen ist die Zeit zwischen Infektion und erstem Auftreten der Erscheinungen nicht zu bestimmen. Der Fall schien insofern zu den schweren zu gehören, als er am 3. Tage der Krankheit schon 41° Temperatur hatte. Es wurden 2 Injektionen von 5 g gemacht und ausserdem Chloral gegeben. Heilung in 5 Wochen.

(3) Auch Nothnagel betont, dass die Prognose beim Tetanus um so ungünstiger ist, je früher nach der Verletzung die ersten Erscheinungen auftreten. Sein Fall betraf eine 49 Jahre alte Frau, die im Garten gearbeitet hatte. Sie erkrankte im Anschluss an eine Wunde am Hinterkopf links nach 10 Tagen an Kopfrose und nach einigen Tagen an Trismus mit Lähmung des Facialis der linken Seite. Der Fall giebt N. Veranlassung

zu einer eingehenden klinischen Besprechung des Tetanus. Trotz der vorläufig noch bestehenden Unsicherheit in den Erfolgen räth er zum Antitoxin; allerdings neben der bisher üblichen Behandlung mit Opium, Chloral oder anderen Narcoticis. A. K.

(4) 3 Fälle Herholds verliefen tödlich, ihre Entstehung war auf eine Verunreinigung der Wunde mit Erde zurückzuführen. Ein 4. Fall verlief leicht und wurde nicht mit Tetanusantitoxin behandelt. Um Tetanus zu verhüten, spritzte Herhold in China, wo der Boden durch die Unreinlichkeit der Chinesen sehr verseucht ist, bei allen mit Erde beschmutzten grösseren Verletzungen prophylaktisch 20 ccm Antitoxin ein.

(5) Nach Wilms kann auf Grund der in der Leipziger chirurgischen Klinik gemachten Erfahrungen der von v. Behring aufgestellte Satz: „Die Tetanusmortalität kann beim Menschen auf 15 bis 20 pCt. sehr wahrscheinlich herabgesetzt werden, wenn die Seruminjektion sofort nach Erkennung der ersten Krankheitssymptome gemacht wird," nicht bestätigt werden.

(6) Die 4 Tetanuskranken, über die Möllers berichtet, starben alle, obwohl entsprechend der Behringschen Vorschrift die Serumbehandlung nicht später als 30 Stunden nach Erkennung der ersten Symptome eingeleitet wurde. Trotzdem ist es die Pflicht jedes Arztes, das Antitoxin in hinreichender Menge anzuwenden. Schurig.

(8) Evans bespricht die Methoden der Rosebehandlung. Darunter als Kuriosum eine Kurpfuscherei in Adrianopel, bestehend in Bügelungen mit rothglühendem Eisen über die mit Filz bedeckten Hautpartien. Rabinowitsch in Bulgarien bedeckt die Haut mit feuchtem Mull und führt darüber eine Metallschale hin und her, in der er Watte, mit Spiritus getränkt, verbrennt. Angeblich 200 Kranke in 5 Tagen geheilt. Evans bepinselt die Haut mit acid. tannic. 4,0, camph. 2,5, collod. 30,0. Seine Ergebnisse aus 27 Behandlungen sind: Empfehlung obiger Methode, Ablehnung von Antipyreticis, Verwerfung der Scarificationen. Marmoreksches Serum bedürfe erst noch weiterer Prüfungen. Blau.

(9) Nach den Untersuchungen Jordans ist das Erysipel keine spezifische, ätiologisch einheitliche Krankheit; das sogen. Pseudoerysipel ist nur durch Sitz und Schwere verschieden von ihm. Beide werden meistens durch den Streptococcus pyogenes, können aber auch durch andere pyogene Bakterien, z. B. den Staphylococcus aureus, hervorgerufen werden. A. K.

4. Allgemeine und örtliche Betäubung.

1) Hofmann. Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmässiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose? C. Ch. No. 3. — 2) Reinhard. W. Ein Beitrag zur Aethernarkose. C. Ch. No. 11 und 21. — 3) Braun, L. Atropin vor der Aethernarkose. C. Ch. No. 17. — 4) Kronacher. Die coupirte Aethernarkose. C. Ch. No. 19. — 5) Moskowicz. Ein Apparat für Schleichsche Infiltrationsanästhesie. C. Ch. No. 19. — 6) v. Mikulicz. Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indikation. D. m. Z. S. 309 (V. K. Ch.). — 7) Becker, E. Zur Aethernarkose. C. Ch. No. 22. — 8) Hammer. Eine neue Spritze zur Schleichschen Anästhesie. C. Ch. No. 28. — 9) v. Zawadski. Zweckmässige und billige Spritze zur Injektion Schleichscher Lösung. C. Ch. No. 35. — 10) Thöle. Allgemeine Narkose

und lokale Analgesie. Eine neue Aethermaske. D. m. Z. S. 1. — 11) Sudeck. Das Operiren im ersten Aetherrausch. D. m. W. No. 7. — 12) Selberg. Ueber Narkosen mit Schleichs Siedegemischen. A. kl. Ch., 63. Band, 2. Heft und C. Ch. No. 23. — 13) Braun. Ueber Mischnarkosen und deren rationelle Verwendung. A. kl. Ch., 64. Bd., 1. Heft. — 14) Kozlowsky. Bedeutung der Corning-Bierschen Analgesie des Rückenmarks für die Kriegschirurgie. W. m. W. No. 46. — 15) Hirschmann. The prevention of nausea and vomiting during an anaesthesia. N. Y. m. J. Dec. 15. — 16) Graul. Ueber Nebenwirkungen des Orthoforms. D. m. W. No. 24. — 17) Aglinzeff. Noch ein Wiederbelebungsversuch nach Prus-Maag. C. Ch. No. 21. — 18) Brickner, W. M. Peripheral „anesthesie paralysis" — report of an unusual case of bilateral brachial paralysis occuring during narcosis for appendicitis. N. Y. m. J. April 27. — 19) Senn. Acoin als Lokalanästheticum in der zahnärztlichen Praxis. Schweiz. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde X, IV. — 20) Ein neues Verfahren der Unempfindlichkeit (Analgesie) der Zähne durch die Elektrizität. Intern. Wissenschaftl. Presse No. 914. — 21) Steiner. Wie die Javanen narkotisiren. A. S. u. T. H. No. 12. — 22) Lamoers. Du danger des injections de morphine après les operations pratiquées sous chloroforme et du réveil des mouvements respiratoires par l'irritation directe de la muqueuse trachéale. J. Ch. et A. S. B. Ch. No. 3. — 23) Dandois. Accidents cérebro-spinaux; Tardifs et prolongés, après cocaïnisation de la moelle. J. Ch. et A. S. B. Ch. No. 4. — 24) Discussion sur l'anesthésie par injection intrarachidienne de cocaïne. J. Ch. et A. S. B. Ch. No. 5.

(1) Hofmann schlägt vor, um im Beginn der Narkose die Aufmerksamkeit des Kranken besser abzulenken, ihn nicht in der üblichen Weise, sondern z. B. von 200 rückwärts zählen zu lassen.

(2) Reinhard giebt, nach amerikanischem Vorbild, ¾ Stunde vor der Narkose subkutan ½ bis 1 Spritze einer Lösung von Atrop. sulfur. 0,01, Morph. muriat. 0,2, Aqu. destill. 10,0. Danach soll besonders bei Aethernarkosen die Schleimproduktion geringer werden.

(3) Braun ist dagegen; er schreibt es der Verwendung der Longard-Wagnerschen Maske zu, dass er bei seinen Aethernarkosen diese Schleimanhäufung nicht erlebt hat. Allerdings leitet er die Aethernarkose mit Chloroform ein. Auf diese Modifikation gründet Reinhard seine Vertheidigung, da er nur die reine Aethernarkose gemeint habe.

(4) Nach Kronacher soll es für viele Eingriffe genügen, in der „Halbnarkose", wenn die Kranken etwas über die Excitation hinaus sind, zu operiren, wenn es nicht länger als 10 Minuten dauert.

(5) Moskowicz empfiehlt zur Schleichschen Infiltration einen Apparat, der den alten Infusionsapparaten nachgebildet ist. A. K.

(6) v. Mikulicz bespricht nach einem kurzen Rückblick auf die Statistik der Todesfälle bei Chloroform- und Aethernarkosen die Abgrenzung zwischen Inhalationsnarkose und Lokalanästhesie. Letztere hat neben den Vortheilen der Gefahrlosigkeit und der Verminderung übler Nachwirkung auch einige, wenn auch wenig ins Gewicht fallende Nachtheile. Auf Grund einer in seinen klinischen Anstalten und unter Berücksichtigung der bei den Aerzten Schlesiens angestellten Sammelforschung aufgestellten Statistik der Chloroform- und Aethernarkosen sowie der Lokalanästhesien und Prüfung der dabei beobachteten Todesfälle glaubt

M., dass die grosse Mehrzahl der letzteren hätte vermieden werden können und empfiehlt für die Lokalanästhesie eine weit umfangreichere Verwendung als bisher. Zur Entscheidung der Frage, welches Verfahren der Schmerzbetäubung in einzelnen Fällen am Platze sei, sind die unmittelbaren Gefahren der Narkose und die Spätwirkungen derselben sowie die Empfindlichkeit des Kranken und seine psychische Verfassung zu Rathe zu ziehen.

Um die Gefahren der Narkose zu vermindern, ist in erster Linie eine Beschränkung überhaupt, ferner die peinlichste Prüfung der Kontraindikationen, die sorgfältigste Technik bei der Ausführung der Narkose nothwendig, sowie die richtige Wahl zwischen den Inhalationsnarkoticis; die passende Kombination der Inhalationsnarkose mit anderen Anästheticis und die Anwendung der Halbnarkose in geeigneten Fällen zu empfehlen. Endlich ist im Allgemeinen die Narkose nur einem mit derselben wohlvertrauten Arzte zu übertragen und in Krankenanstalten mit grösserem Betrieb eine Art von Reglement zu erlassen, welches gröbere Verstösse bei der Narkose verhindern soll. v. M. theilt den Wortlaut eines solchen mit, das seit Jahren in seiner Klinik angebracht ist. So—r.

(7) Nach Beckers Erfahrungen kann die übermässige Schleimsekretion bei der Aethernarkose vermieden werden, wenn dem Aether kurz vor der Narkose Latschenöl (20 Tropfen auf 200 grcm) zugesetzt wird.

(8) und (9) Auch Hammer und Zawadski empfehlen besondere Spritzen dazu.

(11) Sudeck hält es für noch besser, im ersten Aetherrausch, beim ersten oder zweiten Athemzug unter der Maske zu operiren, wie er es in etwa 200 Fällen mit bestem Erfolge gethan hat. Diese Analgesie dauert allerdings nur wenige Minuten. A. K.

(12) Selberg bezeichnet nach Beschreibung der Untersuchungsmethode, der Erörterung der Komplizirtheit des Schleichschen Verfahrens und Beschreibung der Zustände bei den Narkotisirten als Vortheile: leichteres Erwachen aus der Narkose, weniger Beschwerden nach derselben als bei Aether und Chloroform, anscheinend geringere Gefährdung während der Narkose. Als Nachtheile: schwereres Einschläfern, grössere Gefährdung durch Nachkrankheiten, zu umständliche Handhabung des Gemisches. — „Ein ideales Narkotikum ist es nicht."

(13) Nach Beleuchtung der verschiedenen Verdunstung von Aether und Chloroform in deren Mischungen, welche gleichmässig nicht zu erzielen ist, der üblichen Arten der Anwendung von Aether-Chloroformmischungen zur Narkose und ihrer Nachtheile wendet sich Braun zur Aethernarkose allein, deren Vorzüge und Nachtheile abwägend. Er beschreibt dann einen Gebläseapparat, welcher gestattet, den Aetherdämpfen beliebige Mengen Chloroformdämpfe hinzuzufügen, und im Wesentlichen aus der Verbindung von zwei nebeneinander aufgestellten Junkerapparaten besteht, deren einer mit Chloroform, der andere mit Aether gefüllt ist. Bezüglich der Einzelheiten muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden. So—r.

(14) Kozlowský sucht die beiden Fragen zu beantworten: 1) Könnte die Corning-Biersche Analgesie des Rückenmarkes (unter Anwendung des nahezu gefahrlosen Eucaïn an Stelle des Cocain) für die Kriegschirurgie wirklich Vortheile bringen? und 2) Wäre sie auf dem Kriegsschauplatze, bezw. in den Feld-Sanitätsanstalten ausführbar? Hierbei gelangt er zu einem bejahenden Ergebnisse. Bei der Eucaïnisirung

des Rückenmarkes werden alle üblen Zufälle und Schattenseiten der Chloroformnarkose nahezu vermieden; erstere erfordert weit weniger Zeit; bei ihrer Anwendung wird wenigstens ein Arzt und auch Sanitäts-Hilfspersonal erspart; es stehen ihr keine Gegenanzeigen im Wege, wie der Chloroform- oder Aethernarkose. Das Instrumentarium für die Eucaïn-Analgesie ist ebenso einfach und nicht kostspieliger als für die anderen genannten Narkosen. Anzuschaffen wären unbedingt Nadeln aus Platiniridium, welche nicht brechen und nicht rosten und sich ohne Schaden ausglühen lassen. Die Eucainlösungen lassen sich durch Auskochen steril machen. Kirchenberger.

(15) Hirschmann empfiehlt zur Verhütung des Erbrechens und Würgens während und nach der Narkose 0,6 bis 1,0 Chloreton ½ Stunde vorher zu nehmen. Die Betäubung soll dadurch auch sonst günstig beeinflusst werden.

(16) Die Beobachtung Grauls beweist, dass auch das Orthoform nicht so harmlos ist, wie man zuerst glaubte; er erlebte ein hartnäckiges nässendes Eczem nach Anwendung einer Orthoformsalbe.

Die nach Prus-Maag benannte, bei uns einmal von Langenbuch empfohlene Wiederbelebungsmethode besteht in der direkten, d. h. nach Freilegung des Herzbeutels ausgeführten „Herzmassage".

(17) Aglinzeff berichtet über einen Versuch damit, hatte aber ebensowenig Erfolg, wie seine Vorgänger.

(18) Brickner berichtet über eine Narkosenlähmung, die durch ganz kurzes Zusammenhalten der Arme über dem Kopf entstanden war und eine mehrmonatliche Behandlung mit dem konstanten und inducirten Strom zu ihrer Heilung nöthig machte. Er giebt den Rath, die Arme bei der Narkose nie längere Zeit in derselben Haltung zu lassen. (Besser ist es jedenfalls, das starke Zurücklegen der Arme zu vermeiden. Ref.)

(19) Senn empfiehlt das Acoin in 1 bis 2 pCt. Lösung zur submukösen Injektion bei Zahnextraktionen, weil es viel weniger giftig ist als Cocaïn.

(20) Die Mittheilung über die Analgesie der Zähne durch Elektrizität ist ganz dunkel gehalten, so dass man über die Art der Anwendung unklar bleibt. Ausserdem ist die deutsche Uebersetzung der „Central-Agentie" einfach schauderhaft. A. K.

(21) Wie Steiner berichtet, besteht das auf Java von Spezialisten geübte Verfahren darin, dass beiderseits die Carotis interna gegen die Wirbelsäule gedrückt wird, was bei den meist mageren Leuten ohne Schwierigkeiten gelingt. Bald nach dem Beginn des Drückens schwindet das Bewusstsein und die Empfindung, so dass kürzere Operationen vorgenommen werden können. (Daher „Arteria somnifera" der Alten! A.K.) Koenig.

(22) Lauwers berichtet über einen Fall, in welchem nach Entfernung einer Geschwulst aus dem Nasenrachenraum mit temporärer Resektion des rechten Oberkiefers nach vollständigem Erwachen aus der Narkose anscheinend in Folge einer Morphiuminjektion von 0,01 g ein tiefes Coma eintrat. Nachdem 4 Stunden lang neben anderen Wiederbelebungsversuchen künstliche Athmung ohne Erfolg fortgesetzt war, gelang es nach der Tracheotomie, durch direkte Reizung der Schleimhaut der Luftröhre bis zur Bifurkation spontane Athemzüge hervorzurufen und den anscheinend unrettbar Verlorenen dem Leben zu erhalten.

Auf Grund dieser Beobachtung und 2 früherer Todesfälle, die auch nach einer nur kurze Zeit nach einer Chloroformnarkose gemachten Morphiuminjektion erfolgten, warnt L. eindringlichst vor einer solchen im Anschlusse an die Narkose.

(23) Behufs Ausführung einer Urethrotomia externa wegen traumatischen periurethralen Abscesses am Damm bei allgemeiner schwerer Infektion infolge von Urinverhaltung injizirte Dandois 2 cg Cocaïn in den Lumbaltheil der Wirbelsäule und führte dann die Operation ohne Störung aus. 5 Stunden später zeigten sich Delirien, Bewusstlosigkeit, krampfhafte Zuckungen in den Gliedmaassen, die aber am nächsten Morgen geschwunden waren. Die Heilung machte dann gute Fortschritte, bis am 9. Tage post operationem vollständige Paraplegie der unteren Gliedmaassen auftrat bei erhaltener Sensibilität, daneben vorübergehende Inkontinenz des Mastdarms und der Blase. Als cerebrale Symptome folgten auf Schlaflosigkeit und ruhige Delirien in den ersten Tagen heftige maniakalische Delirien, Tag und Nacht anfallsweise auftretend, bei vollständiger Bewusstlosigkeit. Diese Zustände hielten länger als einen Monat an; dann erfolgte langsame Besserung und schliesslich vollkommene Heilung.

(24) In der Diskussion zu der vorstehenden Mittheilung berichtet M. Lambotte über 20 Fälle, in denen er die Anästhesirung durch subarachnoidale Injektion von Cocaïn angewendet hat, ohne irgend welche nennenswerthen Störungen bei völliger Empfindungslosigkeit zu bemerken.

Ueber eine noch grössere Anzahl (80 Fälle) verfügt Mr. Snyers, welcher dabei nur einmal nicht zum Ziel kam bei einer unruhigen Hysterica, die sich bei jedem Nadelstich herumwarf. Einmal blieb die Unempfindlichkeit ganz aus und musste zum Chloroform gegriffen werden. 58 Mal war die Analgesie vollkommen; in 9 Fällen war eine mässige Empfindlichkeit geblieben, 12 Patienten hatten wirklich Schmerz empfunden. Snyers beschreibt die Empfindungen der Patienten, die während (einmal) und nach (zweimal) der Operation beobachteten Ohnmachten, Erbrechen (acht- bezw. dreimal), die in etwa 1/3 der Fälle erfolgten Temperaturerhöhungen. Manche Kranke, die früher chloroformirt waren, zogen die neue Methode vor, 3 Herzkranke ertrugen die Cocaïninjektion sehr gut. (No. 6 des J. d. Ch.) So—r.

5. Kopf, Hals und Wirbelsäule.

a. Kopf.

1) Goldstein. Ueber Schädel-, Hirnverletzungen. M. f. U. No. 1. — 2) Lamb, D. S. Spiculum of line, from shot fracture of skull, wich rested against the brain for forty four years. N. Y. m. J. Aug. 3. — 3) Petit. Schädelwunde mit Bruch der Scheitelbeine durch Zielmunition. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 48. — 4) Chaput. Balle dans le cerveau. Extraction au moyen de l'appareil de Contremoulins. Bull. de chir. S. 383. — 5) Worbs. Heilung eines komplizirten Schädelbruchs nach Trepanation. D. m. Z. 1902, S. 223. — 6) Koehler, A. Zur Kasuistik merkwürdiger Schädelverletzungen. Char. An. Jahrg. 26. — 7) Hecker. Trepanation bei einem komplizirten Schädelbruch; Heilung mit erhaltener Dienstfähigkeit. D. m. Z. S. 36. — 8) Dehler. Zur Heilung traumatischer Schädeldefekte nach Müller-König. A. kl. Ch. 65. Bd., 1. Heft. — 9) Crone. Bericht über einen Fall von

Kephalohämatom bei einem Erwachsenen. D. m. Z. S. 519. — 10) Habart. Basilarbruch des Schädels nach Sturz mit dem Pferde. M. A. No. 7 u. 8. 11) Habart, Offener Splitterbruch des linken Stirnbeins. M. A. No. 7 u. 8. — 12) Juchnowicz-Hordinski. Komplizirter Bruch des rechten Stirnbeins. M. A. No. 23 u. 24. — 13) Mathiolius. Schädelschuss und Röntgenaufnahme. D. Z. Ch. Bd. 60. — 14) Peugniez et Remy. De l'extraction des projectiles logés dans l'encephale. Gaz. des hôp. No. 48. — 15) Westermann, A. Zur Kasuistik der Schussverletzungen des Schädels. Inaug. Dissert. Kiel. — 16) Merkens. Ueber intrakranielle Komplikationen der Mittelohreiterungen. D. Z. Ch. Bd. 59. — 17) Juchnowicz-Hordynski. Ein Fall von Gehirnabscess. M. A. No. 5. — 18) Weinreich. Operativ geheilter Hirnabscess des linken Schläfenlappens nach chronischer Mittelohreiterung. D. m. Z. S. 280. — 19) Stenger. Zum otitischen Hirnabscess. B. kl. W. No. 11. — 20) Bertelsmann. Ueber einen geheilten Fall von otogener Meningitis. D. m. W. No. 18. — 21) Barth. Operative Behandlung der eitrigen Meningitis. D. m. Z. S. 306. (V. K. Ch.) — 22) Krönlein. Beiträge zur operativen Hirnchirurgie. A. kl. Ch. 64. Bd. — 23) Heidenhain. Ueber Exstirpationen von Hirntumoren. D. m. Z. S. 306. (V. K. Ch.) — 24) Krause, Fedor. 26 Exstirpationen des Ganglion Gasseri und ihre Ergebnisse. D. m. Z. S. 306. (V. K. Ch.) — 25) Ostmann. Ueber galvanokaustischen Gefässverschluss in der Nase als einleitenden Akt intranasaler Eingriffe. D. m. W. No. 14. — 26) Fein. Zur Resektion der unteren Nasenmuschel. B. kl. W. S. 486.

(2) In dem von Lamb berichteten Falle fand man bei der Sektion des 61 Jahre alten Mannes in der Fossa Sylvii, dem unteren Ende des Gyrus centralis posterior entsprechend, ein groschengrosses, zackiges, die ganze Dicke des Schädeldaches bildendes Knochenstück, das bei einer Schussverletzung vor 44 Jahren hineingetrieben war, aber niemals Beschwerden gemacht hatte. (Leider ist nicht zu ersehen, woran der Mann gestorben ist, und ob man bei der Sektion nicht auch die Kugel gefunden hat. Ref.) — In den Berichten der französischen Chirurgen über die Aufsuchung von Fremdkörpern wird seit einem Jahre der Apparat von Contremoulins allen anderen vorgezogen. Er gestattet, wie es scheint, eine genauere Ortsbestimmung, als die anderen mit X-Strahlen arbeitenden Apparate.

(4) Auch in dem von Chaput mitgetheilten Falle von Schädelschuss hat er sich glänzend bewährt.

(6) A. Koehler stellt auf Grund eines selbst beobachteten und zur Heilung gebrachten Falles eine Reihe von Schädelverletzungen zusammen, bei denen die Schwere der Verletzung mit der Geringfügigkeit der Erscheinungen in starkem Gegensatze stand. A. K.

(8) Im Anschluss an die bereits früher erfolgte Schilderung eines Falles von ausgedehntem Verschluss eines Schädeldefektes durch Implantation eines grossen Hautperiostknochenlappens (Band 42, Heft 4 d. Archivs) beschreibt D. nunmehr den nach dem Tode durch Ertrinken erhobenen Knochenbefund, der dadurch merkwürdig war, dass am skelettirten Präparat der implantirte Knochenlappen den Defekt nicht mehr vollständig deckte. Nach einer Erörterung, wie diese Lücken möglicherweise entstanden sein könnten, stellt Dehler für die Deckung grosser traumatischer Schädeldefekte bestimmte Grundsätze auf, und berichtet dann noch über

zwei ähnliche auf der Würzburger Klinik mit gutem Erfolge operirte Fälle. So—r.

(10) Ein Ulan erlitt, wie Habart berichtet, durch Sturz mit dem Pferde einen Basilarbruch des Schädels mit Zerreissung des rechten Trommelfells und Blutaustritt aus Ohr und Nase. Durch 6 Tage traumatische Manie, sodann 3 Wochen Bewusstlosigkeit, während welcher Zeit Liquor cerebrospinalis aus dem Ohre herausfloss. Später entwickelte sich das Bild von traumatischem Irrsein (im Sinne von v. Krafft-Ebing), welches 6 Wochen anhielt. Unter Asepsis, Eisblase und Verabreichung von Jodkali schwanden die Gehirnerscheinungen und erholte sich der Mann vollständig.

(11) Habart berichtet ferner über einen Soldaten, der bei einer Rauferei einen offenen Splitterbruch des linken Stirnbeins von 6 cm Länge und 1,5 cm Breite erlitt. In der blossliegenden Stirnbeinhöhle fanden sich neben Knochensplittern zahlreiche Glasstücke, Haare und allerlei Schmutz. Primäres Debridement in Chloroformnarkose, bei aseptischem Verlauf nach 8 Tagen Deckung der Knochenlücke durch eine Celluloidplatte; vollständige Heilung.

(12) Bei dem von Hordynski behandelten Soldaten war durch Hufschlag ein mit einer Quetschwunde komplizirter Bruch des rechten Stirnbeins über der Augenbraue mit Fortsetzung der Bruchlinie in den Sinus frontalis entstanden. In Chloroformnarkose Erweiterung der Weichtheilwunde, Hebung des eingedrückten Knochenstückes, gründliche Reinigung der Wunde. Naht der Wundränder nach Anfrischung mit Ausfüllung eines Wundwinkels mit Jodoformgazestreifen. Heilung des genähten Theiles der Wunde u. s. w. In der 3. Woche klagt der Kranke über Schmerzen in der Wunde, welche leicht eitert. Drainirung des äusseren Wundwinkels, durch welche der Jodoformgazestreifen eingeführt war, in der Richtung gegen den Sinus frontalis. Wegen Fortdauer der Eiterung in letzterem Aufmeisselung nahezu der ganzen Stirnhöhle in Chloroformnarkose, Auslöffelung und Tamponade derselben. Rasches Aufhören der Eiterung. Heilung. Kirchenberger.

(13) Mathiolius entfernte bei einem Marinesoldaten 4 Jahre nach einer Schussverletzung nach Ortsbestimmung mit X-Strahlen das im Schädelknochen festsitzende Geschoss. Der Mann wurde wieder dienstfähig.

(14) Auch Peugniez und Remy konnten mit Hülfe des Röntgenverfahrens bei einem Schädelschuss die Kugel lokalisiren; sie lag am Fusse der 2. Stirnwindung, konnte nach verschiedenen Incisionen und Punktionen gefunden und entfernt werden. Heilung ohne Zwischenfall.

(15) Westermann berichtet über 10 Schädelschüsse; 8 aus dem Burenkriege, 2 in der Klinik Helferichs beobachtete. Von den letzteren heilte einer (Schläfenschuss mit Teschin) ohne Eingriff; auch der andere, bei dem trepanirt, die Kugel aber nicht gefunden war, heilte in einigen Monaten.

(16) Merkens giebt eine umfassende Darstellung der verschiedenen, oft erst sehr spät auftretenden Gehirnkomplikationen der Mittelohreiterung, hauptsächlich auf Grund der von Sonnenburg operirten Fälle und bespricht Aetiologie, Diagnose, Behandlung und Verlauf bei Meningitis, Encephalitis, Hirnabszess und Sinusthrombose. A. K.

(17) Ein Soldat erhielt, wie Hordynski berichtet, einen Schlag auf den Kopf (linke Scheitelgegend) mit einer Schusterraspel; kurze Zeit

darauf Kopfschmerzen im Verletzungsgebiete mit zeitweiligem Fieber, sodann Halblähmung der rechten Körperhälfte, leichte Aphasie sowie Herabsetzung der Intelligenz und des Orientirungsvermögens; örtlich eine Eiter absondernde Fistel am linken Scheitelbeine, in deren Tiefe rauher Knochen zu fühlen ist. Schädeltrepanation mit Entleerung eines gänseeigrossen Abszesses des linken Scheitellappens. Günstiger Heilverlauf, vollkommener Rückgang der psychischen und Lähmungserscheinungen; Heilung vollendet mit Zurücklassung einer tiefen, eingezogenen, fest anhaftenden Narbe an den Rändern der plastisch nicht gedeckten Knochenlücke.

Einige Wochen später Auftreten schwerer Jacksonscher Fallsucht, bis 60 Krampfanfälle täglich; deshalb nochmaliger operativer Eingriff mit Ausschneidung des mit der Hautnarbe verwachsenen und in die Tiefe des Gehirns ziehenden Narbengewebes, Ablösung der harten Hirnhaut, welche mit den Rändern und mit den umgebenden Knochen der Trepanationsöffnung verwachsen war. Glänzender Erfolg des operativen Eingriffes, vollständiges Aufhören der epileptischen Anfälle, die auch später nicht wiederkehren. Kirchenberger.

(19) Der von Stenger entleerte otitische Hirnabszess zeichnete sich u. a. durch seine Grösse aus; er enthielt etwa 250 cbmm. Heilung nach verschiedenen Zwischenfällen in 5 Monaten.

(20) In dem Falle von Bertelsmann wurde nach Entleerung eines grossen extraduralen Abszesses durch die Lumbalpunktion nachgewiesen, dass auch eine Meningitis bestand. Trotzdem genügte die eine Operation, um Heilung herbeizuführen, allerdings mit bleibender Facialislähmung.

(22) Krönlein berichtet über zwei interessante Fälle von Hirntumoren; bei dem einen handelte es sich um einen 48 Jahre alten Mann mit einem Solitärtuberkel in der linken motorischen Region. Heilung. Nach 1 Jahr wieder Krämpfe; Oeffnung der Narbe; trotz des negativen Befundes trat Heilung ein, die jetzt (nach 5 Jahren) noch besteht. Bei dem zweiten, 61 Jahre alten Manne hatten sich die Zeichen einer Geschwulst in der rechten motorischen Region, und zwar im oberen Dritttheil derselben, eingestellt. Bei der Trepanation wurde nichts gefunden als der Mann aber 1½ Jahre später starb, sah man, dass doch an der angenommenen Stelle, aber subkortikal, ein Tumor lag. Wahrscheinlich war er damals noch zu klein und deshalb bei der Lage unterhalb der Hirnrinde nicht zu finden gewesen. A. K.

(25) Ostmann empfiehlt, bei einigen intranasalen Eingriffen die zum Operationsgebiet hinführenden hauptsächlichsten Gefässe galvanokaustisch zum Verschluss zu bringen, da dann wegen der erheblichen Beschränkung der Blutung das Operationsfeld übersichtlich bleibt.

(26) Fein hat zur Erleichterung der Resektion der unteren Nasenmuschel eine besondere (Doppel-)Scheere konstruiren lassen.

Schurig.

b) Wirbelsäule und Hals.

1) Habart. Trepanation der Wirbelsäule mit nachfolgender Heteroplastik. M. A. No. 3 u. 4. — 2) Gusmitta. Casi e considerazioni di chirurgia dei traumatismi spinali. Clinica chir. No 2, 5, 6 u. 8. — 3) de Ahna. Beiträge zur Kenntniss der Kümmellschen Krankheit. Inaug. Dissert. Berlin. — 4) Schäffer. Ueber Wirbel- und Rückenmarksläsionen. M. f. U. No. 2. — 5) Loison. Coup de feu pénétrant de la cavité sous-arachnoidienne. Bull. de la Soc. de chir. S. 918. — 6) Schopf, F.

Verletzungen des Halstheils des Duct. thorac. W. kl. W. No. 48. — 7) Büngner, O. Zur Asepsis bei Halsoperationen. D. m. W. No. 15. — 8) Linser. Ueber Cirkulationsstörungen im Gehirn nach Unterbindung der Vena jugularis interna. B. kl. Ch. S. 642. — 9) Gordon. A case of cervical rib. Obliteration of the arteries of the right arm gangrene of a portion of several fingers, excision of the rib. B. m. J. June 8. — 10) Borchardt. Symptomatologie und Therapie der Halsrippen. B. kl. W. No. 15. — 11) Moure. De la suture immédiate des voies aëriennes. Rev. de chir. S. 548. — 12) Edmunds, W. The pathology and diseases of the thyroid gland. L. May 11. — 13) Robinson, H. B. Cases illustrating the surgery of the thyroid gland. L. May 18. — 14) Schmid. Bericht über 30 Fälle von Kropfexstirpation. Württemb. Correspbl. No. 8. — 15) Kraske. Ueber Kropfbehandlung nebst einem Bericht über die in der Freiburger Klinik ausgeführten Kropfoperationen. D. m. Z. S. 305. (V. K. Ch.) — 16) Kocher. a) Bericht über das zweite Tausend Kropfexcisionen. b) Zur Operation der Struma intrathoracica. c) Zur operativen Behandlung des Kropfes. D. m. Z. S. 404. (V. K. Ch.) — 17) Bunts, F. E. Traumatic stricture of the oesophagus. Med. News Nov. 23. — 18) Greene Cumston. The clinical diagnosis of carcinoma of the oesophagus and the technics of gastrostomy. N. Y. m. J. Sept. 14 u. 21. — 19) Spirak, C. D. The oesophagometer, or intragastric whistle, a new devise for measuring the length of the oesophagus in the living. N. Y. m. J. Aug. 31. — 20) Merkens, W. Zur retrograden Bougirung des Oesophagus. C. Ch. No. 37. — 21) Fowles. A case of foreign body in the oesophagus. Med. News Sept. 14. — 22) Beach. A. Operation for the removal of a foreign body impacted in the oesophagus for more than two weeks. Bost. J. Febr. 28. — 23) Batsch. Künstliches Gebiss im Oesophagus, Hinabstossen in den Magen, spontane Entleerung. M. m. W. No. 34. — 24) Denis. Corps étranger de l'oesophage; un sou depuis neuf mois dans l'oesophage d'un enfant de 4 ans; dangers du pannier de Graefe; fistule oesophago-trachéale; oesophagotomie externe. Mort le 15 jour par bronchopneumon. Bull. de l'Algérie. Febr. — 25) Habart. Durchschneidung des Halses in der Absicht des Selbstmordes. M. A. No. 7 u. 8. — 26) Paffrath. Eine merkwürdige Verletzung des Halses und der linken Brusthöhle. A. S. Z. No. 22. — 27) Joachimsthal. Zur Behandlung des Schiefhalses. D. m. W. No. 8. — 28) Wegner. Ueber die sogenannte „Spondylitis traumatica“ (Kümmellsche Krankheit). D. m. Z. S. 157.

(1) Habart hat in zwei Fällen die Trepanation der Wirbelsäule mit nachfolgender Heteroplastik mittels Celluloidplatten ausgeführt. In einem Falle handelte es sich um einen veralteten Bruch des 10., 11. und 12. Brustwirbels mit Lähmung der Beine, der Blase und des Mastdarmes, welche nach Resektion der Dornfortsätze dieser Wirbel theilweise behoben wurde. Die zur Deckung des Wirbeldefektes eingepflanzte Celluloidplatte ist anstandslos eingeheilt. Der zweite Fall betraf einen Dragonerkorporal, welcher kurz nach der Spitalsaufnahme Erscheinungen von gänzlicher Lähmung der Beine, Blase und des Mastdarmes bot. Es bestand ein Gibbus in der Höhe des 4., 5. und 6. Brustwirbels. Die Diagnose wurde auf fungös-tuberkulöse Wirbelerkrankung gestellt und versucht, die Lähmung durch Trepanation des skoliotischen Buckels zu beheben. Nach Eröffnung des Wirbelkanals entleerte sich ein molkig-trübes Exsudat, welches aus einer Kaverne des

4. und 5. Brustwirbels stammte. Der Wirbeldefekt wurde durch eine in die Ränder der resezirten Brustwirbel fest eingefügte Celluloidplatte gedeckt. Letaler Ausgang nach sieben Wochen mit Bestätigung obiger Diagnose. Die Celluloidplatte fand man bei der Obduktion fest eingeklemmt und unverändert an der Einpflanzungsstelle. Kirchenberger.

(2) Gusmittas Mittheilung bezieht sich auf 13 sehr interessante Wirbelverletzungen. Bei einer Schussverletzung war die Trepanation und Entfernung der Splitter ohne Wirkung auf die Lähmungserscheinungen (Tod nach sieben Wochen). Unter den übrigen Fällen befinden sich mehrere, die durch die Behandlung sehr günstig beeinflusst bezw. geheilt wurden.

(3) de Ahna giebt auf Grund mehrerer in der Charité beobachteter Fälle eine gute Darstellung der ursprünglichen und jetzigen Anschauungen über die sogen. Kümmellsche Krankheit, die man am besten (vergl. Wegner) als traumatische Kyphose bezeichnet.

(4) Schäffer beschreibt drei Wirbelverletzungen, besonders genau eine Luxation zwischen 3. und 4. Lendenwirbel; dem 55 Jahre alten Mann war ein Baumstamm auf den Rücken gefallen. Die ausführlich besprochenen Symptome liessen eine starke Quetschung des Rückenmarkes im Lendentheil annehmen und bestanden ziemlich unverändert noch nach einem halben Jahr.

(5) Loison beobachtete den interessanten Fall einer im Wirbelkanal „wandernden" Kugel; Einschuss am zweiten Lendenwirbel, Sitz der Kugel bei Lagewechsel sich ändernd weiter unten in der Höhe der Spina post. infer., wo sie (auch wieder mit dem Contremoulinschen Apparat) radioskopisch festgestellt und entfernt werden konnte.

(6) Schopf berichtet über einen sehr ungünstigen Fall von Verletzung des Ductus thorac. am Halse. Tamponade wurde nicht ertragen (Chylothorax), Umstechung gelang nicht; Tod durch dauernden Abfluss.

(7) Büngner hat sich eine Vorrichtung nach Art des Kocherschen Schirmes ersonnen, der bei Operationen am Halse das Gesicht des Kranken verdeckt und von B. an dem Unterkiefer befestigt wird.

(8) Linser theilt zwei Fälle aus der Tübinger Klinik (Bruns) mit, bei denen es nach Unterbindung einer Vena jugularis int. wegen der Enge des Foramen jugulare bei abnormer Enge der anderen Jugularis zu tödlichem Hirnödem gekommen war.

(9) Der von Gordon beobachtete Fall von Halsrippe beweist, dass diese, oft ganz latente, oft nur etwas lästige Anomalie auch einmal durch Druck auf die Gefässe gefährlich werden kann. Mit der Exstirpation hörten die Erscheinungen sofort auf.

(10) Auch unter den vier Fällen, die Borchardt aus der v. Bergmannschen Klinik mittheilt, war nur einer mit heftigen Beschwerden, die aber auf Syringomyelie bezogen werden mussten und durch die Entfernung der Halsrippe nicht beeinflusst wurden.

(11) Moure empfiehlt auf Grund mehrerer eigener Beobachtungen bei Verletzungen und Operationen am Halse wegen Tumor oder Fremdkörper in den Luftwegen an Stelle der Kanüle den sofortigen Verschluss der Wunde durch die Naht.

Von den Arbeiten über Kropfoperationen aus dem Jahre 1891 haben wir nur einige besonders wichtige oder ausführliche ausgesucht, die von Edmunds (12), weil dieser die ganze Kropffrage und die Anatomie, Physiologie der Schilddrüse bespricht; ferner

(13) die von Robinson, weil von seinen 8 Kropfkranken einer, ein 17jähriger Mann, durch Schilddrüsenextrakt bedeutend gebessert wurde, und weil 2 von den 7 Operirten nach der partiellen Strumektomie bezw. Ausschälung von Adenomen oder Cysten, die Erscheinungen des Thyroidismus darboten.

(15) Kraske hat die Schilddrüsenextraktbehandlung seit einiger Zeit ganz aufgegeben und verfügt über 400 Kropfoperationen, die zum Theil unter örtlicher Anästhesie mit Cocain ausgeführt sind.

(16) Auch Kocher, dem wohl die reichsten Erfahrungen über den Kropf und seine Behandlung zur Verfügung stehen, operirt in den meisten Fällen unter Infiltrationsanästhesie. Unter den letzten 302 Operationen, mit 8 an Basedow und 9 an Krebskropf Leidenden, hatte er keinen einzigen Todesfall. Bei retrosternalen Kröpfen kommt Alles darauf an, sie möglichst schnell zu „entbinden"; zu dem Zwecke muss vorher am Halse Alles fertig sein, damit hier kein Hinderniss mehr besteht. Bei grossen Kröpfen giebt K. vor der Operation eine Zeit lang Schilddrüse innerlich; er macht darauf aufmerksam, dass man mit Thyrojodin oder Schilddrüsenextrakt nicht viel mehr erreicht, als mit Jodpräparaten überhaupt. Auch Phosphor und phosphorsaure Salze sollen durch Vermehrung des Jodgehaltes der Schilddrüse bei vielen Erkrankungen derselben günstig wirken.

Auch von den Arbeiten über die chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Oesophagus haben wir einige herausgesucht, die für die drei Gruppen: Strikturen, Fremdkörper und Geschwülste von besonderer Wichtigkeit sind.

(17) Bunts steht auf einem etwas isolirten Standpunkt, da er bei zahlreichen ulcerösen oder durch Aetzung entstandenen Verengerungen der Speiseröhre immer die Dilatation durch Sonden ausführen konnte und die retrograde Dilatation durch die Gastrostomie infolgedessen nie zu machen brauchte. Mit der zuletzt genannten Methode, die für impermeable Strikturen ersonnen ist (v. Hacker, v. Eiselsberg u. A.), haben sich mehrere Autoren beschäftigt.

(18) Green Cumston giebt eine umfassende klinische Arbeit über den Speiseröhrenkrebs. Die Gastrostomie macht er in kaum 10 Minuten, indem er den Magen durch 4 Nähte in der Bauchwand befestigt und das Drain 11 Tage liegen lässt; später wird es nur eingeführt, wenn Nahrung gegeben werden soll.

(19) Originell ist der Vorschlag Spivak's, an dem Oehr der Schlundsonde eine Pfeife anzubringen und bei langsamem Einführen Luft durchzublasen; sobald die Spitze der Sonde aus dem Oesophagus in das Magenlumen gelangt, hört man den Ton der Pfeife.

(20) Merkens berichtet über einen auf Sonnenburgs Abtheilung operirten Fall: Gastrostomie, Verschlucken eines mit langem Faden versehenen Schrotkornes, das nach vier Tagen in den Magen gelangt, nach aussen befördert und zum Hindurchziehen der Dilatationssonden benutzt wird.

(21) Natürlich wurde bei der Feststellung des Sitzes eines Fremdkörpers wieder häufig das Röntgogramm benutzt; so von Fowler, der eine Münze unter Leitung des Fluoroskops mit dem Münzenfänger fasste und herauszog.

(23) Von den Mittheilungen über Fremdkörper in der Speiseröhre ist die von Batsch bemerkenswerth, der das Glück hatte, ein künstliches

Gebiss in den Magen hinabzustossen und ohne Schaden per vias naturales entleert zu sehen. A. K.

(25) Ein Soldat schnitt sich, wie Habart mittheilt, in der Absicht des Selbstmordes mit einem Rasirmesser den Hals zwischen Zungenbein und Schildknorpel durch, ohne die grossen Halsgefässe getroffen zu haben. Eingang zum Kehlkopfe vollständig blossliegend, Giessbeckenknorpel nach vorn unten umgestülpt; der ganz durchtrennte Kehldeckel hängt an der Basis bloss durch eine kleine Schleimhautbrücke mit den Rachengebilden zusammen; Eingang zur Speiseröhre und hintere Rachenwand ebenfalls offenliegend. Blutstillung, tiefer Luftröhrenschnitt und Tamponade nach v. Trendelenburg; Einführung eines Schlundrohres in die Speiseröhre behufs Ermöglichung der künstlichen Ernährung, Naht des Kehldeckels, Vereinigung der Schnittwunde in drei Etagen, ausgiebige Kochsalzinfusion. Am siebenten Krankheitstage Erstickungsanfall; Entfernung der Trachealkanüle und des Schlundrohres. Heilung mit verständlicher Sprache. Kirchenberger.

(26) Durch Paffrath wird wieder einmal der Beweis geliefert, dass es noch Glück in der Chirurgie giebt. Der eine Arm einer grossen Zange war einem Arbeiter von einem schnell rotirenden Rade oberhalb des rechten Schlüsselbeins durch Hals und Brust so hindurchgestossen, dass die abgerundete Spitze unterhalb des linken Schulterblattwinkels heraussah. Die Stange wurde nach oben herausgezogen, und beide Wunden heilten ohne jede Störung!

(27) Joachimsthal bespricht die verschiedenen Ansichten über die Entstehung des Schiefhalses und die Behandlungsmethoden, von denen er die offene Durchschneidung bevorzugt. Die gerade Haltung des Kopfes wird durch Massage und redressirende Bewegungen nach Heilung der kleinen Wunde erreicht. A. K.

6. Brust.

1) Fontan. Sur un nouveau cas de suture du coeur avec guérison. Bull. d. chir. p. 1099. — 2) Walten. Zur operativen Behandlung der Stichverletzungen des Herzens. D. m. W. No. 37. — 3) Nietert. Penetrating wounds of the heart with suturing of the wounds. Ph. m. J. Dec. 14. — 4) Moingard. Zur Kasuistik der Herzwunden. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. S. 438. — 5) Zulehner. Zur Herznaht. W. kl. W. No. 11. — 6) Fonck und Praum. Tödliche Stichwunde des Herzens bei makroskopisch blutfrei gebliebener Waffe. D. m. W. No. 23. — 7) Pagenstecher. Die Unterbindung der verletzten Arteria coronaria. D. m. W. No. 4. — 8) Hermann. Ein Fall von Herzverletzung durch eine Nadel. W. m. J. Heft 9. — 9) Kurajew. Lungenabszess und Pericarditis, durch eine Nähnadel erzeugt. W. m. J. Heft 11. — 10) Herbert O. Collins. Pyopericarditis. N. Y. m. J. Nov. 16. — 11) von Juchnowicz-Hordynski. Ein Fall von Stichwunde in der Herzgegend. M. A. No. 23 und 24. — 12) Zimmermann. Hufschlag gegen den rechten Rippenbogen. M. A. No. 7 und 8. — 13) Dejardin. Plaie pénétrante thoraco-abdominale; hernie de l'estomac dans la plèvre; plaie de l'estomac; pleurotomie et laparatomie; mort. J. Ch. et A. S. B. Ch. No. 12. — 14) Andrés F. Llobet. Pleuresia purulenta. Operacion d'Esthlanda. Apertura y suturer del pericardio (curazion). — Resecion de las costillas y del esternon por osteo-mielitis. An. d. l. San. militar. (Buenos Ayres) No. 7. — 15) Priebatsch, W. Ueber Pleuritis calcu-

losa im Anschluss an 2 in der Freiburger chirurg. Universitätsklinik gemachte Beobachtungen. Dissert. Freiburg.

Die Arbeiten über Herzchirurgie enthalten wieder einige recht günstige Erfolge der Naht von Herzwunden:

(1) Fontan kann schon über seine zweite geheilte Herznaht berichten; der erste Patient, ein Soldat, wurde sogar wieder dienstfähig.

(2) Auch Walten verfügt über einen günstigen Fall, bei dem er eine 2 cm lange Wunde durch 3 tiefe Seidennähte (Fontan hatte mit Catgut genäht) geschlossen hatte.

(3) Nach Nietert, der 23 Fälle von Herznaht sammelte, starben trotz derselben noch 70 pCt. der Herzverletzten, von den nicht genähten aber 90 pCt.

(4) Moingard fand bei der Sektion eines bei einer Dynamitexplosion Verunglückten mehrere Risse im l. Ventrikel.

(5) Zulehner's Patient hatte Fettherz; er verblutete, weil die Naht nicht hielt.

(6) Die Mittheilung von Fonck und Praum ist wie die Ueberschrift beweist, forensisch wichtig für die Beurtheilung des verletzenden Instruments.

(7) Pagenstecher verlor seinen Kranken, nachdem er bei ihm mit vieler Mühe die blutende linke Art. coron. umstochen hatte, 4 Tage später an Pericarditis und Pleuritis. A. K.

(8) Ein 13jähriger Schneiderlehrling (Uebers. St. A. Holtwald) trieb sich, wie Hermann berichtet, durch das Herabfallen eines Tuchballens von einem Regal eine Nähnadel in die Herzgegend, welche beim Herausziehen abbrach. Bei leidlichem Allgemeinbefinden kam er erst am nächsten Mittag in die Klinik, das Befinden verschlimmerte sich rapid, und er starb während der Vorbereitungen zur Operation.

Sektion ergab eine Durchbohrung der rechten Ventrikelwand durch das 1 cm lange Nadelende sowie Blutergüsse in den Herzbeutel und beide Pleurasäcke.

(9) Der Kranke Kurajews, ein Infanterist des Dnjepr-Regiments 24, kam am 4. Krankheitstage mit allgemeiner Schwäche und Herzstichen ins Lazareth. Befund: Vorwölbung der linken Brustwarzengegend, Herzverbreiterung — rechten Brustbeinrand — Mamillarlinie —, trapezförmige Dämpfungsfigur. Dumpfe Geräusche und Töne. Tod nach drei Tagen. Sektion ergab einen Abszess in der linken Lunge, darin eine 3 cm lange Nähnadel. Pericard prall gefüllt, blutig seröse Flüssigkeit von 900 ccm. Fibringerinnsel. Cor villosum, keine nachweisbare Oeffnung im Pericard. Gelegenheitsursache unbekannt geblieben. Blau.

(10) Collins giebt eine ausführliche Besprechung der primären und sekundären Pericarditis, ihres Auftretens, ihrer Aetiologie, ihrer Symptome und Behandlung. Bei der letzteren soll man sich nicht lange mit kleineren Eingriffen aufhalten, sondern möglichst bald Rippenresektion (C. empfiehlt rechts vom Sternum), Incision, Auswaschung und Drainage vornehmen. A. K.

(11) von Hordynski berichtet über einen Fall von Stichwunde in der Herzgegend, beigebracht mit einem Federmesser. Stichwunde 1½ cm nach einwärts von der Brustwarze im 3. Zwischenrippenraume. Patient anämisch nach grösserem Blutverlust, Stechen in der Herzgegend, Athemnoth. Die physikalische Untersuchung ergiebt Ver-

kleinerung der Herzdämpfung, Herztöne dumpf, Puls 80 bis 90 in der Minute. Am 3. Tage intermittirendes systolisches Geräusch an der Herzspitze und an der Herzbasis, das bei Rückenlage des Kranken am besten hörbar ist und deutlich die Charaktere des Wasserrades (Bruit de ronde hydraulique Morel-Lavallé) trägt. Dieses Geräusch ist erfahrungsgemäss pathognomonisch für eine gleichzeitige Verletzung des Herzbeutels und der Pleura und entsteht durch Mischung des im Herzbeutel vorhandenen Blutes mit der Luft. Günstiger Verlauf mit Verschwinden des Geräusches.

(12) Zimmermann beschreibt die Krankengeschichte eines Husaren, der einen Hufschlag gegen den rechten Rippenbogen erlitten hatte; heftige Schmerzen im Unterleib, Benommenheit, Fieber, Pulssteigerung, Aufstossen, galliges Erbrechen; Unterleib stark aufgetrieben, besonders rechts und stark druckempfindlich, ergiebt bei der Percussion Dämpfung in beiden Flanken und nach entleerter Blase auch über der Schambeinfuge. Deutliche Aufhellung des gedämpften Schalles bei Lagewechsel; im Bereiche der rechten Brusthälfte hinten unten handbreiter Dämpfungsbezirk und pleurales Reiben. Blutverlust anscheinend nicht gross. Zunächst symptomatische Behandlung, Eisblase und Opium. Allmähliche Entfieberung und langsame Besserung der peritonealen Reizerscheinungen, Schwinden der Dämpfung der linken Flanke und des Meteorismus, dagegen Zunahme der Dämpfung der rechten Flanke ohne Veränderung bei Lagewechsel. Am 17. Tage nach der Verletzung wegen plötzlicher Temperatursteigerung rechtsseitiger Flankenschnitt, durch welchen eine abgesackte, mit übelriechendem Blut gefüllte Höhle entleert wurde. Drainage, Heilung. Aus dem entleerten Blute wurde Bakterium coli in Reinkultur gewonnen. Kirchenberger.

(13) Dejardin theilt eine tödlich endende Verletzung mit, bei welcher die Scherbe einer Flasche dem mit derselben fallenden 9jährigen Knaben im 4. Interkostalraum 2 cm ausserhalb der linken Brustwarze eindringend den Pleuraraum eröffnet, das Zwerchfell durchtrennt und dem Magen eine $3^1/_2$ cm lange Wunde beigebracht hatte. Im Pleuraraum fanden sich grosse Mengen Mageninhalt. Trotz sofortiger Operation: Laparotomie, Vereinigung der Magenwunde, Toilette des Pleuraraums, Tod am nächsten Morgen nach der Verletzung. So—r.

(14) Llobet berichtet über zwei interessante Fälle; bei dem einen kam es während einer multiplen Rippenresektion zu Verletzung des Herzbeutels und des Zwerchfells; sofortige Naht, Heilung. Bei dem anderen bestand eine Osteomyelitis des unteren Brustbeinendes; dieses und die benachbarten Knorpel wurden entfernt, trotzdem mussten noch verschiedene Nachoperationen gemacht werden, ehe Heilung eintrat. A. K.

Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.

1) Lindner, W. Beitrag zu der Lehre von den Fremdkörpern des Respirationstraktus. Diss. Gött. — 2) Kaehler, M. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen. Diss. Halle. — 3) Bittner, W. Zur Kasuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. Pr. m. W. No. 26. — 4) Spiess. Ein Fremdkörper in der Lunge. M. m. W. S. 134. — 5) Milton, H. Removal of a foreign body from the bronchus by intrathoracic tracheotomy. L. Jan. 26. — 6) Ricard. Contribution à l'étude de la chirurgie du médiastin antérieur. Gaz. des hôp. p. 340. — 7) Diehl. Ueber einen seltenen Fall von Fremdkörper in der Luftröhre. M. m. W.

No. 13. — 8) Killian. Entfernung einer Fischgräte aus dem linken Bronchus eines 3½jährigen Kindes vom Munde aus mittels der direkten oberen Bronchoskopie. D. m. W. No. 52. — 9) Baldwin. Case of foreign body in the bronchus, tracheotomy, recovery. B. m. J. April 13. — 10) Garel. Clou fixé dans la bronche droite depuis deux mois. Diagnostic par la radiographie. Ablation avec l'électroaimant. Guérison. Lyon méd. No. 1. — 11) Laval. Les corps étrangers dans les voies respiratoires et leur traitement. Bull. thérapeut. 15. Sept. — 12) Quenu. De l'extraction des corps étrangers trachéo-bronchiques par la voie médiastinale postérieure. Bull. de chir. p. 317.

(1—10) In den unter 1—10 aufgeführten Arbeiten sind 29 Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen beschrieben, nämlich: 1) Lindner (Braun), 3 J. Knochenstückchen, Tracheotomie; Sitz: in der Glottis †. — 2) 3 J. Maiskorn; Sitz: dicht unter der Glottis, schneller † — 3) 4 J. Stückchen Höllenstein; Sitz Trachea †. — 4) 2 J. Bohne, Tracheotomie, Fremdkörper nicht entfernt, †. 5) 2 J. Bohne, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Heilung. — 6) 4 J. Bohne, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Heilung. — 7) 3 J. Perle, Tracheotomie; Sitz: dicht unter Glottis, Heilung. — 8) 7 J. Knopfnadel (Röntgen), Tracheotomie; Sitz: Trachea, Heilung. — 9) 4 J. Schraube, Tracheotomie; Sitz: unter der Glottis, Heilung. — 10) 15 J. Pflaumenkern, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Heilung. — 11) 1 J. Pflaumenkern, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Heilung. — 12) Kaehler (Bramann), 10 J. Nadel, Tracheotomie; Sitz: Trachea, †. — 13) 1 J. Knochenstückchen, Tracheotomie; Sitz: Trachea oben, †, Pneumonie. — 14) 3 J. Bohne, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Heilung. — 15) 2 J. Bohne, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Heilung. — 16) 9 J. Fischgräte, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Heilung. — 17) 4 J. Nadel (Röntgen), Tracheotomie; Sitz: Trachea, Aushusten, Heilung. — 18) 8 J. Holzstückchen, Tracheotomie; Sitz: Trachea oben, Aushusten, Heilung. — 19) ¾ J. Apfelsinenkern, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Heilung. — 20) 5 J. Bohne, Tracheotomie; Sitz: Trachea oben, Heilung. — 21) Bittner. 5½ J. Metallklammer, Tracheotomie; Sitz: unter der Glottis, Heilung. — 22) 2¾ J. Glasperle, Tracheotomie; Sitz: rechter Bronchus, Heilung. — 23) Spiess. 17 J. Hemdenknopf seit 4½ J. Tracheotomie; Sitz: linker Bronchus, †. — 24) Milton. 40 J. Kanüle, Resektion des Brustbeins; Sitz: rechter Bronchus, †. — 25) Ricard. 35 J. Kanüle (Röntgen), Resektion des Brustbeins; nichts gefunden, †. — 26) Diehl. 22 J. Kanüle, Trachetomie; Sitz: rechter Bronchus, Aushusten, Heilung. — 27) Killian. 3½ J. Fischgräte, Bronchoskop; Sitz: rechter Bronchus, Heilung. — 28) Baldwin. 5 J. Kastanienstückchen, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Aushusten, Heilung. — 29) Garel. 1½ J. Nagel, Tracheotomie; Sitz: Trachea, Elektromagnet, Heilung.

(11, 12) Hierzu kommen noch zwei Arbeiten über Fremdkörper in den Luftwegen, ihre Symptome, Komplikationen und ihre Behandlung von Laval und Quenu. Der Letztere empfiehlt für schwierige Fälle die Freilegung der Bifurkation im hinteren Mittelfellraum, nach Art der Operationen am intrathorakalen Theile der Speiseröhre.

Wir haben hier also eine Sammlung von 29 Fällen, die mit Ausnahme von 5 Fällen kleine Kinder betrafen. Am häufigsten (10 Fälle) waren es Bohnen oder Fruchtkerne, sonst aber die verschiedensten Dinge, wie Perlen, Gräten, Nadeln, Knochenstückchen u. s. w. Mit wenigen

Ausnahmen sassen sie im oberen Theil der Trachea, 4 mal im rechten, 1 mal im linken Bronchus. 1 mal gelang die Entfernung einer Fischgräte mit dem Bronchoskop (Killian), das bei Spiess versagte. 2 mal wurde das Brustbein für die Bronchotomie resezirt (Milton und Picard), beide Male ohne Erfolg. Garel benutzte zur Entfernung eines Nagels aus der Luftröhre den in die Tracheotomiewunde eingeführten Elektromagneten mit bestem Erfolge. Von den 29 Kranken sind 9 gestorben; einige waren schon moribund eingeliefert; die häufigste Todesursache war Pneunomie oder Sepsis von der Wunde aus. — Mit ganz besonderen Schwierigkeiten war die Freilegung der Luftröhre im vorderen Mediastinum verbunden; die Tiefe der Wunde, die grosse Nähe lebenswichtiger Organe, besonders der grossen Gefässe, die geringe Ausdehnung des freizulegenden Stückes Luftröhre waren sowohl für die Oeffnung der Letzteren, als auch für den Verschluss dieser Wunde sehr hinderlich. A. K.

7. Unterleib.

Siehe auch unter V. 19 u. 20, VI. B. 10.

1) Kölliker. Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt. C. Chr. No. 31. — 2) Wood, W. C. Cyst of the appendix vermiformis. N. Y. m. J. No. 23. — 3) Ramon Guitéras. Remarks on appendicular abscess. N. Y. m. J., July 6. — 4) Martin, E. Zur Perityphlitis-Operation im freien Intervall. C. Ch. No. 39. — 5) Rosenberger. Ueber chirurgische Eingriffe bei Blinddarmentzündung. Würzburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 92. — 6) Rotter. Zur Behandlung der akuten Perityphlitis. A. kl. Ch., 64. Bd., 3. Heft. — 7) Körte. Wann sollen wir bei Perityphlitis chirurgisch eingreifen? D. A. Z. No. 2. u. 3. — 8) Weinreich. Vier Fälle von Perityphlitis-Operationen. D. m. Z. S. 415. — 9) Lauwers. Des resections étendues de l'intestin grêle. J. Ch. et A. S. B. Ch. No. 12. — 10) Jaffé, M. Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes im freien Intervall. C. Ch. No. 31. — 11) Müller, P. Zur Topographie des Proc. vermiformis. C. Ch. No. 27. — 12) Sprengel. Zur Methodik der Appendicitis-Operation. C. Ch. No. 28. — 13) Thienhaus. Appendicitis in irreducible right scrotal hernia, with the report of a case. N. Y. m. J., June 1. — 14) Brentano. Die chirurgische Behandlung der Appendicitis in Frankreich. D. A. Z. No. 7 u. 8. — 15) Rehn. Die chirurgische Behandlung der akuten Appendicitis. A. kl. Ch., Bd. 64, Heft 4. — 16) Sonnenburg. Appendicitis und ihr Zusammenhang mit Traumen. D. m. W. S. 649. — 17) Hammesfahr, A. Die extraperitoneale Radikaloperation medianer Bauch- und Bauchnarbenbrüche. C. Ch. No. 38. — 18) Salistscheff. Zur Technik der Radikaloperation grosser Bauchwandbrüche. C. Ch. No. 12. — 19) Sultan. Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche. München. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 91. — 20) de Francisco, G. Ueber die Verwendung des Golddrahtes und einiger neuer Instrumente bei der Radikaloperation der Hernien. C. Ch. S. 36. — 21) Krieger. Ueber Heilung bei Leistenbrüchen. D. m. Z. S. 564. — 21a) Bonomo. Nuovo metodo per la cura radicale dell'ernia crurale. G. m. No. 9. — 22) Bilfinger. Zur Frage von der Entstehung der traumatischen Hernien. A. kl. Ch., 64. Bd., 1. Heft. — 23) Bormann. Die Aetiologie der Leistenbrüche. D. m Z. 1902, S. 224. — 24) Petersen. Ueber die Behandlung brandiger Brüche. D. m. W. No. 8, 9 u. 10. — 25) Habart. Werth und Methoden der Radikaloperation von Schenkelhernien. M. A. No. 11 u. 12. —

26) Fowler, R. S. Penetrating wounds of the abdomen. N. Y. m. J., June 15. — 27) Hering, L. A. Intestinalobstruktion. N. Y. m. J., Febr. 9. — 28) v. Kolb. Ueber einen Fall von subkutaner Milzruptur mit Spontanheilung. D. m. Z. S. 513. — 29) Schmitt. Ueber Bauchoperationen ohne Narkose. M. m. W. No. 30 S. 1210. — 30) Epstein, B. Zur Kasuistik der Stichverletzungen des Unterleibs mit einigen Bemerkungen über die Behandlung der akuten diffusen Peritonitis. Dissert. Gött. — 31) Donion. Quetschung der Magengegend, Zerreissung der weissen Linie, Magenvorfall, Zerreissung der Leber, Laparotomie, Heilung. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. S. 439. — 32) Kehr, Welp und Berger. Beiträge zur Bauchchirurgie. Neue Folge. Berlin. — 33) Körte und Herzfeld. Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände (Pylorusstenose, Magenerweiterung, Blutung). A. kl. Ch., 63. Bd., 1. Heft. — 34) Tautzscher, K. Zur Behandlung der perforirenden Bauchwunden. Volkm. klin. Vortr. — 35) Schlatter. Zwei Fälle von durch Naht geheilten Stichverletzungen des Zwerchfells. — Transdiaphragmatische Leber- und Nierennaht. M. m. W. No. 34 S. 1339. — 36) Widenmahn. Zur Kasuistik der Zwerchfellhernien beim Lebenden. B kl. W. S. 279. — 37) Hirschberg. Die operative Behandlung der hypertrophischen Lebercirrhose. D. m. Z. S. 371 (V. K. J.). — 38) Kern. Darmruptur durch Hufschlag. D. m. Z. 1902, S. 42. — 39) Nagy von Rothkreuz. Die Radikaloperation freier Eingeweideverlagerung in den Militärspitälern. M. A. No. 7 u. 8. — 40) Zimmermann. Retroperitonealer Abszess. M. A. No. 19 u. 20. — 41) Zimmermann. Ueber Douglas-Abszesse. M. A. No. 17 u. 18. — 42) Küster. Die Nierenchirurgie des 19. Jahrhunderts, ein Rück- und Ausblick. D. m. Z. S. 302 (V. K. Ch.). — 43) Richter u. Casper. Ueber Fortschritte der Nierenchirurgie. D. m. Z. 302 (V. K. Ch.). — 44) Kellermann. Nierenverletzung und paranephritischer Abszess durch Muskelzug. D. m. Z. S. 102. — 45) Lauwers. Dangers de l'urétrotomie interne. J. Ch. et A. S. B. Ch. No. 9. — 46) Schloffer, H. Zur Technik der Phimosenoperation. C. Ch. No. 26. — 47) Justian. Fremdkörper im Hodensack. M. A. No. 3 u. 4. — 48) Goldmann. Zur Behandlung der Prostatahypertrophie. D. m. Z. S. 303 (V. K. Ch.). — 49) Loewenhardt. Beitrag zur Behandlung der Blasengeschwülste. D. m. Z. S. 303 (V. K. Ch.). — 50) Beck. Die Operation der Hypospadie. M. m. W. No. 45. — 51) v. Bruns. Ueber die Endresultate der Kastration bei Hodentuberkulose. A. kl. Ch., 63. Bd., 4. Heft. — 52) Egan, P. R. Acute strangulated femoral hernia on a Puerto-Rico hillside. N. Y. m. J., May 11. — 53) Weischer, A. Stichverletzung der Blase. C. Ch. No. 49. — 54) Wyeth, J. A. Operative preperitoneal rupture of the bladder, with the report of a case. N. Y. m. J., Oct. 19.

(1) Kölliker beobachtete einen Schenkelbruch bei einer 69 Jahre alten Frau; sie hielt das Bein gebeugt und hatte bei Streckversuchen heftige Schmerzen in der Blinddarmgegend. Die Operation zeigte, dass der Wurmfortsatz im Bruchsacke lag und mit ihm fest verwachsen war.

(2) Wood operirte ein 25 Jahre altes Mädchen wegen Appendicitis im ersten Anfalle und fand den Proc. vermif. als grosse, fast 200 ccm Flüssigkeit enthaltende Cyste.

(3) Guiteras bespricht die Frage der Operation bei Appendicitis mit Abscessbildung auf Grund von 14 selbst beobachteten Fällen; er

räth, den Fortsatz nur bei kleinen, frischen Eiterherden, nicht bei grösseren Abscessen, aufzusuchen.

(4) Martin musste bei einer Appendicitisoperation eine Ileocolostomie machen, weil Ileus eingetreten und der Wurmfortsatz wegen vieler Verwachsungen nicht zu finden war.

(6) Die Eröffnung von Douglas-Abscessen bei der diffusen Form von Perityphlitis empfiehlt Rotter vom Rectum, dem Damm oder der Vagina aus vorzunehmen, weil dadurch die Ausströmung von Eiter in den allgemeinen Bauchraum und damit die hochgradige Infektionsgefahr vermieden wird. Rotter warnt ferner vor der Spülmethode bei diffuser Peritonitis, welche nur in ganz wenigen Fällen indizirt ist. So—r.

(7) Körte verwirft die Frühoperation, wenn es sich nicht um sehr schwere Infektion oder akute Perforation handelt. In der Folgezeit muss bei anhaltenden Beschwerden, 2 oder 3 mal wiederholten Anfällen, bei Abscessbildungen natürlich immer operirt werden. Auch die Operation im freien Intervall ist zu empfehlen. A. K.

(9) Im Anschlusse an zwei selbst ausgeführte Darmresektionen (250 resp. 265 cm) berichtet Lauwers über 37 ähnliche Fälle, über Indikationen für den Eingriff, das Verfahren dabei und über die Resultate.

(10) Auch Jaffé räth zur Resektion oder Enteroanastomose, wenn der Fortsatz nicht zu finden ist.

(11) Dieses Auffinden wird nach Müller erleichtert, wenn man die Taenia libera des Colon ascendens nach unten verfolgt. A. K.

(12) Sprengel, ein bekannter Anhänger der radikalen Methode bei Appendicitis, beschreibt sein Operationsverfahren. Er inzidirt bei steiler Beckenhochlagerung am rechten Rectusrande und entfernt, indem er die Umgebung durch feste Tamponade schützt, stets den Fortsatz. So—r.

(13) Thienhaus fand in dem eingeklemmten Leistenbruch eines 67 Jahre alten Mannes den Wurmfortsatz mit Kothstein und Perforation und das brandige Coecum; er hatte die Diagnose vorher gestellt, weil in dem Bruch ein harter, runder Strang zu fühlen war. Der Wurmfortsatz kann, schon entzündet, sich in eine offene Bruchpforte senken, oder er liegt eine Zeit lang ohne Schaden im Bruchsack, bis er sich hier, wo er vielen Schädlichkeiten ausgesetzt ist, entzündet. — Th. der unter 514 Appendicitisoperationen 4 Todesfälle (darunter den genannten) hatte, räth, jeden, auch gesunden Appendix, der in einem Bruchsack gefunden wird, zu entfernen.

(14) Brentano berichtet über die Ansichten französischer Chirurgen über die Appendicitisfragen; im Allgemeinen kann man sagen, dass dort über die Behandlung dieselben Kontroversen herrschen, wie bei uns, dass man aber vielleicht etwas radikaler vorgeht. A. K.

(15) Rehn plaidirt für möglichst frühzeitige Operation, da der Verlauf der Appendicitis niemals vorauszusehen ist. Nach ihm sind schwer einsetzende, erstmalige Erkrankungsfälle unverzüglich dem Chirurgen zuzuführen. Mit der Einleitung einer internen Behandlung müssen alle Symptome der Entzündung gleichmässig zurückgehen, bei einer Steigerung derselben oder einer Verzögerung in ihrem Abklingen hat wiederum der Chirurg das Wort. Im wiederholten akuten Anfalle ist stets die frühzeitigste Enfernung des Appendix angezeigt. So—r.

(16) Nach Sonnenburg kann ein Trauma wohl eine latente, schleichende Appendicitis zum Aufflackern in ein akutes, oft sehr

gefährliches Stadium bringen; aber bei einem gesunden Wurmfortsatze wird eine Verletzung keine Appendicitis machen. Es handelt sich also für den Gerichts- (und Unfall-) Arzt in diesen Fällen nur um die Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens.

(17) Hammesfahr schnürt die beiden Mm. recti über den sorgfältig von der Haut abpräparirten Bruchsack, indem er innerhalb ihrer Scheide einen starken Draht mit einer stumpfen Nadel herumführt.

(18) Auch Salistscheff legt bei Brüchen in der Linea alba die Mm. recti bloss, bildet, was schon vor ihm empfohlen wurde, aus der vorderen Hälfte der Muskeln gestielte Lappen, die über der Bruchöffnung vernäht werden.

(20) de Francisco empfiehlt zur versenkten Naht bei Hernien den Golddraht, der auf Tausinis Klinik jetzt in 120 Fällen mit bestem Erfolge gebraucht ist. Um die Berührung der Wunde mit den Fingern zu vermeiden, hat F. noch zwei besondere Haken und einen Spatel konstruirt. A. K.

(22) Nach Präzisirung der Anforderungen, welche eine traumatische Hernie annehmen lassen; sofortige Entwicklung nach der Gewalteinwirkung, Mangel jeglicher Bruchanlage, beleuchtet Bilfinger die verschiedenen wissenschaftlichen Anschauungen, berichtet sodann über experimentelle Untersuchungen und deren negative Ergebnisse, beschreibt mehrere direkte Beobachtungen von der Entstehung traumatischer Hernien und kommt nach Erwähnung einer in seinem Entstehungsmechanismus beobachteten traumatischen Leistenhernie bei einem 78jährigen Wundarzte zu dem Schlusse, dass traumatische Hernien selten sind und nur durch direkte schwere Gewalteinwirkungen an der Stelle entstehen, wo die Gewalt eingewirkt hat. So—r.

(24) Petersen wägt die Vorzüge der primären Darmresektion und des Anus praeternaturalis bei der Operation brandiger Brüche gegen einander ab. Durch die Verwendung des Murphyknopfs und der örtlichen Anästhesie ist eine Reihe von Gefahren bei der Resektion beseitigt, so dass der Nothbehelf des Anus praeternaturalis nur noch bei zu starkem Kollaps oder zu schwerer perihernióser Phlegmone in Frage kommen kann. A. K

(25) Habart erörterte die anatomischen Verhältnisse der Schenkelhernien und die Verhältnisszahlen, in welchen Schenkel- und Leistenbrüche bei Frauen und Männern vorkommen. Erstere sind häufiger bei Frauen (breites Becken, Erschlaffung der Bauchwand nach Geburten) und zeigen öfter Einklemmung. Was die Radikaloperation der Schenkelhernien anbelangt, so treten nach H. häufig Rezidiven nach solchen auf; dafür spricht auch der Umstand, dass mehr als 40 Methoden dieser Operation bestehen. Im Allgemeinen werden: 1) krurale, 2) inguinale und 3) plastische Operationsmethoden bei Radikalbehandlung von Schenkelhernien in Anwendung gezogen. Kirchenberger.

(26) Fowler vertritt einen sehr radikalen Standpunkt bei der Behandlung von Bauchverletzungen: Untersuchung unter allen aseptischen Kautelen und, wenn penetrirend, immer Laparotomie, auch wenn noch keine bedenklichen Zeichen aufgetreten sind. Das weitere Verhalten richtet sich nach dem Befunde.

(27) Nach Hering ist bei Ileus, dessen Entstehung, Zeichen, Verlauf und Therapie er genau bespricht, immer die Perforation zu fürchten

und deshalb zu operiren, wenn 3 oder 4 hohe Eingiessungen ohne Erfolg waren.

(29) Schmitt empfiehlt die örtliche Anästhesie (3 Spritzen einer 1 pCt. Cocainlösung an der Stelle der Inzision) für eine ganze Reihe von Laparotomien; nur bei ausgedehnten Adhäsionen und bei Peritonitis ist die Narkose vorzuziehen. Eine Erschlaffung der Bauchmuskeln tritt allerdings nicht ein, auch bleibt das parietale Bauchfell und in geringerem Grade auch das Mesenterium empfindlich gegen Zerrung. Pneumonien kommen auch dabei vor.

(31) Kehr und seine Assistenten berichten über 84 Gallensteinlaparotomien; in chronischen Fällen Exstirpation mit Hepaticusdrainage, in akuten Cholecystostomie; ferner über Appendicitis, über Bakterienbefunde in der Gallenblase und über zwei operirte Mesenterialcysten.
A. K.

(33) Nach einem historischen Rückblick auf die Entwicklung der Magenchirurgie und Besprechung der Indikationen für eine operative Behandlung bei Magengeschwüren wird über 38 von 1890 bis 1900 von Körte operirte Fälle von gutartigen Pylorusstenosen, bezw. Magengeschwüren berichtet, von denen im Ganzen neun gestorben sind. — Nach Körte erfordern in erster Linie die durch Vernarbung eines Magengeschwürs entstandenen Stenosen des Pylorus mit nachfolgenden Magenerweiterungen die Operation, bei welcher als Normaleingriff die Anlegung einer Magendarmfistel (Gastroenterostomie), seltener die Resektion in Frage kommt. In zweiter Linie können andauernde und hochgradige Ulkusbeschwerden — Schmerzen und häufigere kleinere Blutungen die Operation erfordern. Die Resektion ist die radikalere, aber auch eingreifendere Operation. — Der Arbeit sind die ausführlichen Krankengeschichten angeschlossen.
So—r.

(35) Schatter theilt zwei mit günstigem Erfolge operirte Zwerchfellverletzungen mit; eine solche (im 9. J. c. r., Axillarlinie) hatte Leber und Niere mit verletzt; Lebernaht stillte die Blutung. In beiden Fällen Haemothorax, schwand nach Naht der Zwerchfell- und Brustwandwunde. In dem zweiten Falle ging der Stich ins Zwerchfell, aber nicht in die Bauchhöhle.
A. K.

(39) Wie Nagy von Rothkreuz berichtet, wurde im Jahre 1890 die erste Radikaloperation eines freien Leistenbruches in einem österreichisch-ungarischen Militärspital gemacht; seitdem hat sich diese ausserordentlich nützliche Operation im K. und K. Heere so sehr eingebürgert, dass im Jahrzehnte 1890 - 1899 in 22 Garnisons- und 15 Truppenspitälern und 1 Marodenhause 691 solcher Operationen ausgeführt wurden. Von den Operirten sind nur 3 gestorben und 12 im Superarbitrirungswege entlassen worden. Diese so segensreiche Operation erschien nun geeignet, die grosse Zahl jener Mannschaften, welche Jahr für Jahr wegen Eingeweidevorlagerungen aus dem Heere ausgeschieden werden müssen, unter nachstehenden Voraussetzungen wesentlich zu verringern: In allen grösseren Militärspitälern müssten Militärärzte zur Verfügung stehen, welche mit der Ausführung und Nachbehandlung dieser Radikaloperation praktisch auf das Beste vertraut sind. Die Statistik müsste ferner nachweisen, dass schlimme Zufälle nach dieser Operation nicht eintreten und die operirten Leute dauernd dem Dienste erhalten bleiben, beziehungsweise Rezidive auch nach längerer Zeit nicht vorkommen. Unter diesen Voraussetzungen würden zahlreiche Soldaten, die mit Hernien behaftet sind,

sich dieser Operation unterziehen, obgleich sie wissen, dass dieses Leiden sie vom Militärdienst befreie.

(40) Ein Infanterist gelangte, wie Zimmermann mittheilte, wegen Schmerzen in der rechten Lendengegend und Fieber in Spitalsbehandlung. Die genannte Lendengegend erscheint etwas prominenter und druckempfindlich; im Bereiche der Wirbelsäule und der Rippen nichts Krankhaftes, rechtes Hüftgelenk frei beweglich, die Perkussion des Unterleibes ergiebt nichts Abnormes. Wahrscheinlichkeitsdiagnose wird auf retroperitonealen Abszess in der Gegend der rechten Nieren gestellt. Operative Blosslegung desselben in Chloroformnarkose, wobei vor dem M. quadratus lumborum ein kindskopfgrosser Eiterherd entdeckt wurde. Rechte Niere gesund. Heilung.

(41) Im Anschluss an einen bei einem Soldaten beobachteten Fall bespricht Zimmermann die anatomischen Verhältnisse, die Aetiologie, klinischen Erscheinungen und Therapie der sogenannten Douglas-Abszesse. Dieselben entwickeln sich in dem sogenannten Douglasschen Raume beim Manne zumeist im Anschlusse an eine Epityphlitis; es genügt hierzu, dass in einem solchen Falle Infektionsmaterial in den genannten Raum hinabfliesst, oder es kann auch ein im Douglas abgesacktes, seröses Exsudat sekundär vereitern. Diese Abszesse charakterisiren sich durch Anzeichen allgemeiner Bauchfellentzündung, starker meteoristischer Auftreibung des Unterleibes, namentlich aber der Partie oberhalb der Schambeinfuge, durch Symptome von Darmverschluss, Tenesmus, Abgang von Schleim und Blut per anum, Harnverhaltung und Harndrang bei gleichzeitiger akuter Epityphlitis. Die Untersuchung per anum lässt oberhalb des Sphinkter eine die vordere Mastdarmwand gegen das Mastdarmlumen vorwölbende Geschwulst erkennen. Die Therapie besteht in der operativen Behandlung, die womöglich vom Mastdarme aus vorzunehmen ist. Nur wenn diese Abszesse hoch liegen, empfiehlt sich die perineale Eröffnung; die parasakrale oder abdominelle Eröffnungsmethode ist weniger empfehlenswerth.
Kirchenberger.

(46) Schloffers Vorschlag für die Operation der Phimose geht dahin, das äussere und das innere Blatt der Vorhaut nach verschiedenen Richtungen zu trennen, die Wunden quer zu verziehen und so zu vernähen. A. K.

(45) Lauwers empfiehlt auf Grund lebensgefährlicher Zufälle und eines tödlichen Ausganges wenige Stunden nach der Uretrotomia interna als einzige rationelle Operation bei Verengerungen der Urethra die Uretrotomia externa. So—r.

(47) Ein Infanterist, über den Justian berichtet, hatte sich in seinem 15. Lebensjahre eine Nadel in die Harnröhre eingeführt. Weder damals, noch später bis einschliesslich des ersten Dienstjahres klagte er über Schmerzen. Zu Beginn des zweiten Dienstjahres verspürte er beim Ausschreiten Beschwerden in der Perinealgegend. Die im Lazareth vorgenommene Untersuchung ergab einen Streichhölzchen ähnlichen Fremdkörper in der linken Hodenhälfte, dessen unteres Ende tief im perinealen Bindegewebe eingebettet war. Entfernung auf operativem Wege, wobei eine stark inkrustrirte und mit Bindegewebe umwucherte Nähnadel entfernt wurde, die zum Theile in der Harnröhre steckte, so dass letztere eröffnet werden musste. Heilung in 3 Wochen. Kirchenberger.

(50) Beck beschreibt seine Operation bei Hypospadie; er zieht die ringsum abgelöste Harnröhre durch einen künstlichen Kanal in der Eichel

nach vorn und vernäht sie an der normalen Stelle der Harnröhrenmündung. A. K.

(51) Zur Widerlegung der die Kastration als nutzlos bekämpfenden Gegner hat v. Bruns das Material der Tübinger Klinik aus 50 Jahren gesammelt und kommt auf Grund der Heilungsresultate (die Hälfte der Operirten war auf Lebensdauer geheilt) zu dem Schluss, dass das Verdammungsurtheil der Kastration nicht gerechtfertigt war. Auch die nach doppelseitiger Kastration befürchteten psychischen Störungen sind niemals beobachtet worden. So – r.

(52) Egan musste mit seinem Kranken, der einen eingeklemmten Schenkelbruch hatte, 5 englische Meilen marschiren, ehe sie an eine Ortschaft kamen. Da auch hier kein Arzt, keine Instrumente, kein Hospital vorhanden war, musste die Taxis fortgesetzt werden, die auch nach etwa ½ Stunde in Narkose (Chloroform hatte man beschaffen können) gelang. Der Kranke bekam ein Bruchband und wanderte noch 1 Stunde weiter.

(53) Bei Weischers Kranken handelte es sich um einen Sensenstich durch Glutaeus, foram.-ischiad. in die Blase. Drainage. Zuerst aller Urin aus der Wunde. Gute Heilung in etwa 6 Wochen.

(54) Wejeth beobachtete bei Anfüllung einer chronisch erkrankten Blase vor der Operation schon bei 350 ccm, dass die vorher deutliche Kuppe über der Symphyse plötzlich verschwand. Der extraperitoneale Blasenriss wurde leicht gefunden und drainirt. Intraperitoneal war die Blase intakt. Wegen Fieber am nächsten Tag Ausspülung der Bauchhöhle mit heisser NaCl-Lösung; nach einiger Zeit Inzision wegen Urininfiltration am Damm. Heilung. A. K.

8. Gliedmaassen.

Siehe auch unter V. 20—23, VI. B. 2 (16—18).

1) Helferich. Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. Bespr. D. m. Z. S. 58. — 2) Gömöry. Beitrag zur Kenntniss der chronischen, multiplen, rezidivirenden Knochenentzündung der Perlmutterdrechsler. W. m. W. No. 13 u. 14. — 3) Bruns, C. Ueber Behandlung und Verhütung arthrogener Kontrakturen im Kniegelenk. C. Ch. No. 6. — 4) Orellana, P. Tarsectomia posterior. Anal. d. San. mil. 1900 No. 12. — 5) Lauenstein, C. Das Vorziehen der Sehnen vor ihrer Abtragung; eine gelegentliche Ursache der Sehnenscheidenphlegmone bei Fingeramputationen wegen Verletzung. C. Ch. No. 41. — 6) Ludloff. Die Behandlung der tuberkulösen Coxitis. A. kl. Ch. 63. Bd., 3. Heft. — 7) Gallet. Deux cas de désarticulation inter-ilio-abdominale. J. Ch. et A. S. B. Ch. No. 7. — 8) Mouchet. Luxation complex en arrière de l'index droit. J. C. et A. S. B. Ch. No. 8. — 9) Dennig. Ueber trommelschlägelartige Veränderung an den Fingern und Zehen. M. m. W. S. 3-0. — 10) Matthiolius. Subclavia. Unterbindung und Gelatineinjektion bei wiederholter Brachialisblutung. D. m. Z S. 616. — 11) Bleucke. Ein Fall von reiner Metatarsalgie. D. m. W. No. 37. — 12) Schaefer Ungewöhnliche Grösse einer kartilaginären Exostose der Fibula. B. kl. Ch. Bd. 31, Heft 1. — 13) Beely. Zur Stumpfbildung bei Amputationen und Exartikulationen an den oberen Extremitäten. A. kl. Ch. 63. Bd., 4. Heft. — 14) Oberst. Die Frakturen und Luxationen. Hamburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 93. — 15) Schmiz. Frakturen und Luxationen der Karpalknochen. D. m. Z. 1902, S. 311. — 16) Schmiz. Beitrag zur Myositis ossificans traumatica.

D. m. Z. S. 581. — 17) Zimmermann. Ein Fall von Myositis ossificans traumatica. M. A. No. 3 u. 4. — 18) Zhuber v. Okróg. Zwei Fälle von Myositis ossificans traumatica. M. A. No 13 u. 14. — 19) Wolff, O. Die Behandlung des schrägen Unterschenkelbruchs mit Bardenheuerscher Extension. C. Ch. No. 5. — 20) Huschenbett. Ueber eine verbesserte Methode von Gehverbänden bei Ober- und Unterschenkelbrüchen. C. Ch. No. 14. — 21) Baldo Rossi. Experimenteller Beitrag zur Frage der Behandlung von Knochenfrakturen. A. W. m. Z. No. 3. — 22) Baehr. Zur Anlegung von Frakturverbänden. C. Ch. No. 12. — 23) Colley. Ein Versuch, die Behandlung der Pseudarthrose zu vereinfachen. C. Ch. No. 26. — 24) Juchnowicz-Hordynski. Ein Bruch der Kniescheibe. M. A. No. 5. — 25) Sultan. Die ambulatorische Behandlung der Oberarmbrüche mit permanenter Extension. A. kl. Ch., 63. Bd., 3. Heft. — 26) Georgii. Ueber die Behandlung der Fingerverletzungen mit besonderer Berücksichtigung der späteren Erwerbsfähigkeit. M. m. W. No. 41 S. 1603. — 27) Lessing. Traumatische subkutane Ruptur einer Fingerbeugesehne in ihrer Kontinuität. Bespr. D. m. Z. S. 534. — 28) Mertens. Die Frakturen des Calcaneus, mit besonderer Berücksichtigung des Röntgenbildes. A. kl. Ch., 64. Bd., 4. Heft. — 29) Friedlander. Die habituelle Luxation der Patella. A. kl. Ch., 63. Bd., 2. Heft. — 30) Barker. Zur Frage der Patellarnaht. A. kl. Ch., 63. Bd., 4. Heft. — 31) Simons. Ganglion an der Beugeseite des rechten Unterarms. D. m. Z. 1902, S. 40. — 32) Derselbe. Habituelle Subluxation der linken Kniescheibe. D.m.Z.1902, S. 39. — 33) Wegner. Ausgedehnte Verknöcherungen an der Fascie des Unterschenkels. B. kl. W. S. 289. — 34) Gossner. Ein Fall von Tragfähigkeit beider Unterschenkelstümpfe nach Reamputation ohne Osteoplastik. M. m. W. S. 98. — 35) Schultes. Krampfadern und Beruf. D. m. W. S. 546. — 36) Franke, Felix. Zur Aetiologie und Therapie des angeborenen Plattfusses. A. kl. Ch., 64. Bd, 2. Heft. — 37) Kramer, W. Zur Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen. C. Ch. No. 37. — 38) Jessner. Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Dermatol. Vorträge für Praktiker. Heft 7. Würzburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 253.

(2) Die zuerst in Wien, später auch in Berlin beobachtete Berufskrankheit der Perlmutterdrechsler, eine chronische Entzündung der Knochen, speziell der Diaphysen ist immerhin eine Seltenheit; Gömöry beschreibt einen neuen, von ihm beobachteten Fall, der die typischen Symptome dieses Leidens darbot.

(3) Bei Kontrakturen im Knie hat Bruns mit bestem Erfolge die Beugesehnen an die Sehne des Quadriceps angenäht und so das Uebergewicht der Beuger beseitigt.

(4) Orellana entfernte bei Fungus im Fussgelenk die beiden Knöchel, den Talus und den Calcaneus. Heilung mit 8 cm Verkürzung aber guter Gehfähigkeit, die sich natürlich erst allmählich einstellte.

(5) Lauenstein macht darauf aufmerksam, dass man es bei Fingeramputationen gar nicht nöthig hat, die Sehnen noch besonders hervorzuziehen und abzuschneiden; ausserdem kann das aber bei Entzündung recht gefährlich werden. A. K.

(6) Zur möglichst frühzeitigen Diagnose der tuberkulösen Coxitis hält Ludloff eine ausgiebige Verwerthung der Röntgenuntersuchung für nothwendig. Um den tuberkulösen Entzündungsprozess zum Stillstand zu

bringen, ist absolute Ruhe erforderlich und allein durch eine Gypshose, Gypsgehverband mit Kapplerschem Bügel zu erreichen, welche später durch eine Gypskniehose oder einen Schienenhülsenverband ersetzt wird. Die Nachtheile dieses Verfahrens: Atrophie des eingegypsten Beines, drohende Versteifung des Kniegelenks und mangelnde Bäder werden durch die Vortheile der sicheren Heilung ausgeglichen.

(7) Die von Gallet beschriebenen beiden Fälle von désarticulation inter-ilio-abdominale (Exartikulation des Oberschenkels mit Entfernung der betreffenden Beckenhälfte) starben beide. Von 11 bekannt gewordenen Operationen dieser Art wurden 3 geheilt. Nach Schilderung des Operationsverfahrens theilt G. die zwei Krankengeschichten mit. Es handelte sich in einem Falle um ausgedehnte Caries des Beckens nach Hüftgelenkstuberkulose, im zweiten Falle um ein sarcome télangiectasique.

(8) Bei dem Kranken Mouchets mit vollkommener Luxation des rechten Zeigefingers nach hinten war eine Einrenkung nur nach Entfernung des Köpfchens des zweiten Metakarpalknochens möglich. So—r.

(9) Unter 10 Fällen von Kolbenfingern, die mit Röntgenstrahlen untersucht wurden, fand Dennig nur einen Fall, bei welchem die Knochen der Endphalangen an der Verdickung theilgenommen hatten. In den anderen Fällen beruhte die Verdickung auf eine Volumenzunahme der Weichtheile.

(10) Mathiolius berichtet über einen Matrosen, dem bei einer Schlägerei die Arteria brachialis durchschnitten war. Es traten infolge bestehender geringer Eiterung wiederholte lebensgefährliche Nachblutungen auf, so dass die Brachialis, später die Axillaris und schliesslich die Subclavia unterbunden werden musste. Die Gelatineinjektionen sollten die Blutstillung unterstützen. Gangrän des Armes trat nicht ein, nur die beiden Endglieder des kleinen Fingers wurden gangränös. Schurig.

(12) Der 11jährige Knabe, über den Schaefer berichtet, hatte ausser zahlreichen kleineren Exostosen an Gliedmaassen und Brustkorb eine fast mannskopfgrosse Knochengeschwulst im oberen Theil der linken Wade. Der heftigen Beschwerden wegen wurde die Exstirpation versucht, war aber wegen fester Einbettung der Gefässe und Nerven nicht möglich. Amput. femoris. Sch. giebt eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung dieses und mehrerer anderer Fälle. A. K.

(13) Beely beschreibt die ausserordentliche Gebrauchsfähigkeit des Vorderarmstumpfes bei einem ohne Hand geborenen jungen Manne. Die Weichtheile des Stumpfes, mit dem Patient Klavier spielt, Piston bläst und der auf die mannigfachste Weise bei den Verrichtungen des täglichen Lebens Verwendung findet, bilden eine Art Rüssel und lehren, wie an Stümpfen der oberen Extremität die Weichtheile nutzbringend zu verwerthen sind, selbst da, wo keine Skeletttheile von ihnen bewegt werden können. So—r.

(17) Ein Soldat erlitt, wie Zimmermann berichtet, durch Sturz auf einer Treppe und Auffallen auf die linke Ellenbogengelenksgegend eine subcutane theilweise Ruptur des M. brachialis internus, welche mit einem Bluterguss des Ellenbogengelenks und einem mächtigen Hämatom an der Beuge- und Innenseite des Gelenks einherging. Das Röntgenogramm erwies die Knochen als unversehrt. Schon nach drei Wochen konnte man dem genannten Muskel entsprechend eine mit ihm bei gebeugtem Ellbogengelenke in querer Richtung bewegliche, derbe, hühnereigrosse Geschwulst konstatiren, welche als das Erzeugniss einer ossificirenden Myositis an-

gesehen werden musste. Im Röntgenbilde zeigte sich vor dem unteren Ende des Oberarmknochens ein deutlicher mit diesem nicht zusammenhängender längsovaler Schatten. Entfernung des Muskelknochens auf operativem Wege, wobei auch ein Theil der verdickten Gelenkkapsel entfernt und ein blutig gefärbter Gelenkerguss entleert wurde. Vollständige Heilung mit normaler Beweglichkeit im Ellbogengelenke.

(18) v. Okróg berichtet über zwei Husaren, von denen der eine gegen den linken Oberschenkel, der zweite gegen den linken Oberarm einen Hufschlag erlitten hatte. Im ersten Falle entwickelte sich binnen vier Wochen eine knochenharte, faustgrosse Geschwulst am Oberschenkel, deren proximaler Theil mit dem Femur zusammenhing. Ausschälung der Knochenneubildung in Narkose mit Entfernung alles Krankhaftem. Vollständige Heilung nach 24 Tagen mit Anhoffnung vollständiger Gebrauchsfähigkeit der Gliedmaasse.

Im zweiten Falle zeigte sich schon fünf Tage nach der Verletzung eine haselnussgrosse, knorpelharte Neubildung im Sulcus bicipitalis externus. Ausschälung derselben unter Schleichscher Anästhesie. Heilung in sieben Tagen. Die mikroskopische Untersuchung ergab bereits die isolirte Entwickelung eines einzelnen Knochenbalkens in der sonst noch bindegewebigen Neubildung. Kirchenberger.

(19) Die von Wolff beschriebene Bardenheuersche „Strecke" muss beim schrägen Unterschenkelbruch an vier Stellen nach verschiedenen Richtungen ziehen.

(20) Huschenbett hat die Versuche, das Kniegelenk bei Gehverbänden durch Einfügung eines Charniers beweglich zu machen, wiederholt und kommt zu einer Empfehlung dieses Verfahrens.

(21) Baldo Rossis Versuche an Kaninchen scheinen zu beweisen, dass die frühe Massage bei Knochenbrüchen die schnelle Konsolidation und die Festigkeit des Callus günstig beeinflusst. Während des Eingipsens von Frakturen, die Neigung zu Dislokation zeigen, muss man derselben durch Schlingen, die den Bruch richtig reponirt halten und mit eingegipst werden, entgegentreten.

(22) Baehr empfiehlt dieses Verfahren von Neuem.

(23) Colley hat monatlich 10 ccm einer Mischung von Knochenasche, Gummi und Wasser in eine Pseudarthrose am Unterarm eingespritzt und durch 6 Injektionen, also in ½ Jahre, gute Konsolidation erreicht. A. K.

(24) Ein Soldat, über den Hordynski berichtet, erlitt einen Hufschlag gegen das linke Kniegelenk; Behandlung in der Kaserne wegen schmerzhafter Schwellung; nach 14 Tagen gleitet der Mann aus, sucht sich jedoch durch plötzliche Kontraktion des M. extensor cruris aufrecht zu halten, wobei er einen heftigen Schmerz im verletzten Kniegelenke spürt. Im Spitale wird ein umfangreicher Bluterguss ins Kniegelenk, Querbruch der Kniescheibe im untersten Drittel und ein Abszess des Ligamentum patellae proprium festgestellt. Wegen Verweigerung eines operativen Eingriffes heilt der Bruch mit Pseudarthrose und schlechter Gebrauchsfähigkeit der Gliedmaasse; bei der nachträglich nach 10 Wochen mit Einwilligung des Erkrankten vorgenommenen Operation wurden die Fragmente angefrischt und mit Silberdraht vernäht. Heilung mit günstigem Erfolg. Kirchenberger.

(25) Sultan beschreibt einen, mit überall vorhandenen Hülfsmitteln, Pappe, Gaze und Gipsbinden, Heftpflaster, einem Brettchen, Gummischlauch und dünnem Eisenstab leicht herstellbaren Extensionsapparat

zur Behandlung von Oberarmbrüchen, welcher das Umhergehen während der ganzen Behandlungsdauer ermöglicht.

(28) Nach historischem Rückblick auf die Fersenbrüche, von welchen bis auf Malgaigne (1843) nur die sogenannten Rissbrüche bekannt waren, während dieser auf die Kompressionsbrüche aufmerksam machte, berichtet Mertens über 15 seit dem Jahre 1897 auf der Leipziger Klinik beobachtete Fälle von Calcaneusfrakturen. Von den 15 waren zwei doppelseitig und zwei komplizirt. Auf Grund der vorgelegten genau zergliederten Röntgenbilder unterscheidet er zwischen der reinen typischen Rissfraktur, der Kompressionsfraktur schwereren Grades (Zertrümmerungsfraktur) und der Kompressionsfraktur leichteren Grades. Unter den von ihm beobachteten Kompressionsfrakturen waren fast nur Quer- oder Schrägfrakturen vorhanden, während bisher die Längsfraktur als die bei weitem häufigere angesehen werde. Auch handelte es sich in 13 Fällen um isolirte Calcaneusfrakturen, während auch diese nach Golebiewski äusserst selten sein sollen.

(29) Friedlander bespricht zwei Fälle von Luxation der Patella, eine linksseitige und eine doppelseitige, letztere komplizirt mit beiderseitiger Hüftgelenksankylose nach kongenitaler Hüftgelenksluxation, welche blutig reponirt worden war. Nach genauer Schilderung des Status bei der Aufnahme und der Stellung der Kniescheibe bei den verschiedensten Beinstellungen unterzieht er die Theorien zahlreicher Autoren über das Zustandekommen der Patellarluxation überhaupt der näheren Betrachtung und schliesst mit den empfohlenen operativen und orthopädischen Behandlungsmethoden.

(30) Das von Barker beschriebene Operationsverfahren; Vereinigung der Bruchstücke durch eine unterhalb derselben durch das Gelenk und oberhalb unter der Haut durchgezogene und zusammengedrehte Drahtschlinge, empfiehlt sich durch seine Einfachheit und dennoch erfolgreiche Wirkung. Nach Heilung des Bruches kann die Drahtschlinge leicht entfernt werden. So—r.

(33) In dem von Wegner ausführlich mitgetheilten (vom Ref. operirten) Falle hatte sich bei einer alten Frau unter einem seit langen Jahren bestehenden Unterschenkelgeschwür eine ausgedehnte flache unregelmässige Verknöcherung der Fascie gebildet, nach deren Exstirpation überall die Muskulatur bloss lag. Trotzdem trat gute Heilung des Geschwürs ein. A. K.

(35) Gelegentlich der Musterung stellte Schultes fest, dass von denjenigen Berufsklassen, die ihre Arbeit im Stehen verrichten, 12.7 pCt., von denjenigen Berufsklassen, die ihre Arbeit stehend und gehend verrichten 4.8 pCt., und von denjenigen Leuten, die eine mehr sitzende Arbeit haben, 2,2 pCt., und von denjenigen, die ihre Arbeit nur sitzend ausführen, 0 pCt. mit Krampfadern behaftet sind. Der Beruf bezw. langes Stehen ist somit in erster Linie für die Bildung von Krampfadern verantwortlich zu machen. Schurig.

(36) Nachdem Franke bereits einmal einen Fall von Plattfuss bei einem 19jährigen Fräulein durch Verkürzung der Sehne des M. tibialis posticus geheilt hatte, versuchte er dieselbe Operation bei einem 4jährigen Kinde. Er fand aber, dass die Sehne von der Knöchelgegend an peripherwärts mit ihrer Sehnenscheide fest verwachsen war und dass die dann freigelegte Sehne des Tibialis anticus einen fehlerhaften Ansatz hatte, welcher mit ziemlich gutem Erfolge durch Verlagerung beseitigt wurde.

Nach diesen Beobachtungen hält Franke die Muskulatur für die Entstehung des Plattfusses für bedeutungsvoll und sieht in der Verkürzung der Sehne des M. tibialis posticus einen zur Beseitigung des Plattfusses förderlichen ungefährlichen Eingriff. So—r.

(37) Kramer empfiehlt an Stelle der Exstirpation thrombosirter Unterschenkelvaricen ihre Längsspaltung und Entleerung, natürlich unter aseptischen Kautelen. A. K.

9. Verwundungen durch Schuss- und blanke Waffen.

Siehe auch unter V. 24, VI. C. 2, 5 u. 6, 7, VIII B u. C.

1) Schjerning. Die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen. D. m. Z. S. 307 (V. K. Ch.) und A. kl. Ch., 64. Band, 1. Heft. — 2) Mohr. Schussverletzungen durch kleinkalibrige Gewehre, speziell nach den Erfahrungen der letzten Feldzüge. A. kl. Ch., 63. Bd., 1. u. 2. Heft. — 3) Helferich Das Verhalten der Knochen bei Streifschüssen aus modernen Kriegswaffen. D. m. Z., Heft 10 u. 11. (73. Vers. der Naturf. und Aerzte.) — 4) Mayer. Schussverletzung der Fossa supraclavicularis. Traumatische Hysterie mit Kontrakturen und Atrophie. A. S. Z. No. 21. — 5) Trnka. Studien und Beiträge zur modernen Chirurgie im Kriege. M. A. No. 6, 9 und 10. — 6) Krönlein. Gepaarte Projektile. A. kl. Ch., 64. Bd., 2. Heft. — 7) Tilmann. Untersuchung von 5000 Schusspräparaten aus dem amerikanischen Sezessionskriege. D. m. Z. S. 308 (V. K. Ch.). — 8) Reger. Die Krönleinschen Schädelschüsse. A. kl. Ch., 64. Bd.), 3. Heft. — 9) Tilmann. Zur Theorie der Schädelschüsse. D. m. Z. S. 40. — 10) Dekeyser. Les effets des armes modernes d'après la guerre anglo-boer. J. m. B. Bespr. M. A. No. 15 und 16. — 11) Sthamer. Erfahrungen aus dem Burenkriege über Schussverletzungen und Asepsis. M. m. W. S. 577. — 12) Pruoniz und Remy. Entfernung von Kugeln aus dem Gehirn. W. m. J. Heft 11. — 13) Medowikow. Ueber Herzschusswunden mit Durchbohrung der Zweizipfelklappe. W. m. J. Heft 11. — 14) Simons. Revolverschussverletzungen des Zwerchfells. D. m. Z. 1902, S. 44. — 15) Petersen. Zur Behandlung der Bauchschüsse. M. m. W. S. 572. — 16) Stuckert. Ein Beitrag zu den Schussverletzungen der Leber. D. m. Z. S. 276. — 17) Schmiz. Trepanation des linken Schläfenbeins infolge Pistolenschuss. D. m. Z. 1902, S. 223. — 18) Sieur. Durch das Bajonett Lebel erzeugte Bauchwunden. M. A. 13 und 14.

(1) Schjerning bespricht in erster Linie die Schusswunden durch Artilleriegeschosse, vergleicht ihre Häufigkeit mit denen durch Handfeuerwaffen in den Kriegen der letzten 50 Jahre, und beleuchtet dann im Besonderen die Wirkungen der Shrapnels und der Granaten. Die Vervollkommnung der Feldgeschütze lässt in etwaigen künftigen Kriegen zwischen europäischen Heeren ein zahlreicheres Vorkommen von Verletzungen durch Artilleriegeschosse erwarten. Bei Betrachtung der Verletzungen durch Handfeuerwaffen ist von besonderem Interesse die Angabe, dass im Transvaalkriege die Zahl der Gefallenen zu der der Verwundeten wesentlich grösser als in früheren Kriegen war. Bezüglich der Behandlung von Bauchschüssen spricht sich Verfasser für möglichst frühzeitige Operation aus, sofern die Umstände es irgend gestatten.

(2) Mohr giebt eine interessante Zusammenstellung der in 6 Feldzügen: China-Japan, Abessinien, Griechenland-Türkei, Madagaskar, Spanien-

Amerika, Transvaal, gesammelten Erfahrungen unter Berücksichtigung der Wirkung der verwendeten Gewehre und Geschosse, der Statistik über Verluste, und Sitz und Beschaffenheit der Wunden. Von einzelnen Verletzungen werden im I. Heft zunächst die Weichtheilwunden, dann solche der peripheren Nerven, der grösseren Gefässe, sowie die Wundinfektion besprochen. Es schliessen sich hieran die allgemeine Behandlung der Schusswunden und die Indikationen für Operationen. Im II. Heft folgen die Beobachtungen bei Brustschüssen, Verletzungen des Herzens und Herzbeutels sowie des Unterleibes. Bei letzteren sind die Ansichten verschiedener Chirurgen, ob und wann laparotomirt werden soll, ausführlich erwähnt und eine Mortalitätstabelle beigefügt, welche die Erfolge bei Kriegs- und Friedensverletzungen vergleicht. Nach Besprechung der Knochen- und Gelenkschüsse folgt eine solche der Sprengwirkung im Allgemeinen und der Schädelschüsse nebst deren Behandlung. — In einem Anhang finden sich die Verwendung des Röntgenverfahrens im Kriege und die Artillerie-Schusswunden erwähnt. — Den Schluss bildet ein ausführliches Litteraturverzeichniss.

(6) Krönlein beschreibt drei auf dem Militärschiessplatz Breitfeld bei Herisau gefundene Geschosspaarlinge und erörtert 1) die Frage, ob diese durch kalte Schweissung oder Verschmelzung verbunden wären, und 2) den Ort und die Zeit, wo die Vereinigung der Projektile sich vollzogen haben dürfte. Während er die Frage ad 1) unentschieden lässt, spricht er sich ad 2) dahin aus, dass das eine Geschoss am Boden fixirt war, als es vom zweiten getroffen wurde.

(8) Zur Erklärung der als theoriewidrige Schusseffekte bezeichneten Wirkungen der aus unmittelbarer Nähe abgegebenen Schüsse führt Reger an, dass es sich in allen Fällen um Einwirkung des hydraulischen Druckes handele. Solche Schusseffekte könnten eben durch Versuche an Leichen, an abgeschnittenen Schädeln nicht nachgemacht werden, denn das Blut, die Flüssigkeit in den Gefässen u. s. w. fehle. So—r.

(10) Zahlreiche Statistiken ergeben, wie Dekeyser betont, für den Transvaalkrieg 5 pCt. Soldaten, die ihren Wunden erlegen sind, während im Feldzuge 1870/71 ein deutsches Armeekorps 14 pCt. Sterbefälle unter den Verwundeten hatte. Man sah im Anglo-Burenkriege nicht selten Männer, die trotz zahlreicher Wunden den Kampf fortsetzten. Die Heilung der Wunden trat häufig schnell ein, was unzweifelhaft den Fortschritten in der Organisation des Ambulanzdienstes und den modernen Behandlungsmethoden zuzuschreiben ist. Die kleinkalibrigen Waffen erwiesen sich weniger vernichtend als die alten Waffen. Im Allgemeinen waren die Schmerzen, ausgenommen bei Verletzungen von Gefässen und Nerven, sehr gering. Der Shock war schwach, manche gewahrten kaum, dass sie verletzt waren. Das Eindringen von Fremdkörpern und Kleiderfetzen in die Wunden wurde kaum beobachtet. Bei Gefässverletzungen waren äussere Blutungen seltener und geringer als früher, dagegen kam es häufiger zur Bildung von Aneurysmen. Weichtheilwunden zeigten äusserst kleinen Ein- und Ausschuss und heilten sehr rasch. Platte und spongiöse Knochen, sowie Epiphysen wurden häufig glatt durchbohrt, Diaphysen dagegen stark gesplittert, besonders wenn das Geschoss senkrecht auf den Knochen auftraf. Gelenkswunden heilten zumeist unter konservativer Behandlung. Die Verwundungen des Schädels waren ausserordentlich schwer, weniger jene des Rückgrats. Durchdringende Brust- und Bauchschüsse verliefen in einer grossen Zahl von Fällen relativ mild. Die Sterblichkeit der

Bauchwunden war nicht unwesentlich geringer als in früheren Kriegen. Das Prinzip der Nichtintervention war Regel für Bauchschusswunden. Kirchenberger.

(11) Sthamer, der als Mitglied der 3. Expedition der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz von Anfang Mai bis Mitte August auf dem südafrikanischen Kriegsschauplatz thätig war, fand den alten Erfahrungssatz bestätigt, dass Schusswunden mit kleinen Hautwunden in den meisten Fällen steril bleiben. Die Behandlung hat in einem einfachen, austrocknenden Okklusivverband zu bestehen. Bei grösseren Verletzungen der Haut tritt häufig eine Wundinfektion ein. Derartige Wunden sind in praxi von vornherein als infizirt anzusehen. Schurig.

(12) Nach Pruoniz trieb sich ein Mann bei einem Selbstmordversuch eine Revolverkugel in die dritte rechte Stirnwindung, an der Grenze gegen die zweite. Epileptische Anfälle, Delirien, Gesichtslähmung. Sitz der Kugel durch Röntgenstrahlen bestimmt. Rinde der dritten Stirnwindung eröffnet, Heilung in wenigen Tagen.

(13) Ein Brauer, über den Medowikow berichtet, erhielt einen Schrotschuss, welcher die rechte Lunge, das Herz und das Zwerchfell verletzte. Er überlebte diese Verletzung sechs Tage, davon drei im Lazareth. Die Sektion ergab eine traumatische Mitral-Insuffizienz, eine Perforation des rechten Vorhofs und Herzbeutels, sowie des vorderen Segels der Mitralis von je 2 bis 3 mm Grösse sowie ein Schrotkorn in der hinteren Wand des linken Ventrikels tief eingebettet. Blau.

(15) Auf Grund der in der Heidelberger Klinik behandelten Bauchschüsse kommt Petersen zu folgendem Urtheil:

1. Bei jedem Bauchschuss ist bei dringendem Verdachte auf Perforation die sofortige Operation unbedingt angezeigt.

2. Da in der ersten Zeit die Diagnose meist unsicher ist, andererseits zugleich mit jeder Stunde des Abwartens die Prognose der Operation ungünstiger wird, so ist jedes Abwarten viel gefährlicher als die Probeincision.

3. Abwartende Behandlung kann jedenfalls nur gestattet sein unter dauernder sachgemässer Aufsicht. Schurig.

(18) Gestützt auf 20 klinische Fälle, dann auf Versuche am Hunde und an der Leiche leitet Sieur bestimmte Grundsätze für die durch das Bajonett Lebel erzeugten Bauchwunden ab. Die weitaus grösste Bedeutung für das Zustandekommen dieser Verletzungen liegt in der verschieden grossen Beweglichkeit des Inhaltes der Bauchhöhle. Die theils an der Wirbelsäule, theils an den grossen Gefässstämmen fixirten Organe sind am meisten gefährdet, ebenso wie die sonst so beweglichen Darmschlingen, falls sie gegen eine knöcherne Wand gepresst werden. Die Dünndarmschlingen können infolge ihrer Beweglichkeit, ihres glatten Bauchfellüberzuges und die Spannung ihrer Wand durch den gasförmigen Inhalt dem eindringenden Bajonett ausweichen. Von den 20 Verletzungen waren 8 gänzliche Durchbohrungen und 12 penetrirende Verletzungen der Bauchhöhle. Von den ersteren starb 1, von den letzteren 4. Die übrigen 4 Durchbohrungen und 8 von den 12 penetrirenden Verletzungen heilten beinahe ganz reaktionslos innerhalb ganz kurzer Zeit. Die Prognose dieser Verletzungen ist daher eine relativ günstige, da nur 25 pCt. der Fälle tödlich verliefen, darunter 4 infolge innerer Verblutung. Fehlt die letztere, die selbstverständlich einen sofortigen chirurgischen Eingriff erfordert, so darf man auf Spontanheilung hoffen. Kirchenberger.

D. Augenheilkunde.

1. Augenfunktionen, deren Prüfung u. s. w.

Siehe auch unter V. 2 u. 3.

1) Ergebnisse der amtlichen Untersuchung von Seeleuten auf Farbenblindheit im Jahre 1900. V. K. G. No. 22. — 2) Wick, K. Ueber Simulation von Blindheit und Schwachsichtigkeit und deren Entlarvung. Bespr. D. m. Z. S. 531. — 3) Symens. Ein neuer Apparat zur Sehprüfung und Entlarvung von Simulanten. D. m. Z. S. 662. — 4) Praun. Tafel zur Bestimmung der Sehschärfe mittelst der Uhr. Bespr. D. m. Z. S. 188. — 5) Seggel. Die Bestimmungen der Refraktion und Sehschärfe vor und nach operativer Beseitigung der Linse mittelst Optometer. M. f. A. 39. Jahrg. — 6) v. Haselberg. Tafeln zur Entlarvung der Simulation einseitiger Blindheit und Schwachsichtigkeit. Wiesbaden. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 257. — 7) De Falco. Esame critico delle diverse teorie emesse sulla schiascopia. G. m. No. 1.

(1) Auf Grund der Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. den Nachweis der Befähigung als Seeschiffer und Seesteuermann auf deutschen Kauffahrteischiffen vom 11. Juni 1891 wurden während des Jahres 1900 bei insgesammt 751 Seeleuten Untersuchungen auf Farbenblindheit vorgenommen. Von 750 zum ersten Mal untersuchten Seeleuten erwiesen sich 9 (1,2 pCt.) als vollständig farbenblind, 12 (1,6 pCt.) als grünblind; 97,2 pCt. waren nicht farbenblind. Von 17 zum zweiten Mal Untersuchten wurden 3 als farbenblind und 7 als grünblind befunden.

In 4 Fällen war der erste Befund vollständiger Farbenblindheit, in 3 Fällen derjenige von Grünblindheit nicht zu bestätigen. Bei Berücksichtigung dieser Nachprüfungen stellte sich das Ergebniss der Untersuchungen, wie folgt: von 751 untersuchten Seeleuten waren 5 (0,67 pCt.) vollständig farbenblind, 10 (1,33 pCt.) grünblind, die übrigen 736 (98 pCt.) nicht farbenblind.

2. Behandlung.

1) Schoen. Ursache und Behandlung des Schielens. D. A. Z. Heft 19, 20 u. 21. — 2) Pfalz. Ueber die Entwickelung jugendlicher myopischer Augen unter dem ständigen Gebrauch korrigirender Gläser. (Ophtal. Ges. in Heidelberg.) Ref. in O. K. S. 236. — 3) Königshöfer. Einseitige Neuritis optica geheilt im Anschluss an die Entfernung adenoider Vegetationen des Nasenrachenraumes O. K. S. 1. — 4) Hamburger. Heilung des Pannus mit dem Paquelin. W. m. W. No. 42. — 5) Herrnheiser. Ueber einige neuere Heilmittel bei der Behandlung von Augenkrankheiten. D. P. S. 266 u. 309. — 6) Guillery. Ein neues Verfahren, Kalktrübungen der Hornhaut zu beseitigen. D. m. Z. 1902, S. 226. — 7) Hinsberg. Ueber Augenerkrankungen bei Tuberkulose der Nasenschleimhaut, und die Milchsäurebehandlung der letzteren. Z. f. O., 39. Bd., 3. Heft. — 8) Vermes. Das Dionin in der Augenheilkunde. Budapest. — 9) Kirchner. Ueber die Verwendung des Aspirin bei Augenkrankheiten. O. K. S. 273.

(2) P. unterstützt, auf Grund jahrelanger Beobachtung einiger 80 Fälle, die neuerdings mehrfach vertretene Ansicht, dass die Kurzsichtigkeit jugendlicher Personen (7 bis 18 Jahre) beim ständigen Tragen des voll-

korrigirenden Fernglases auch für Naharbeit weniger zunimmt, als beim Arbeiten ohne Glas oder mit schwachem Konkavglas. Nicht die Akkommodation, sondern der Mangel einer solchen führt zum Fortschreiten der Myopie.

Ueber dasselbe Thema hielt zustimmend Heine-Breslau einen Vortrag. Die Diskussion liess erkennen, dass die Vollkorrektion der Myopie namhafte Anhänger hat, u. A. auch Fuchs-Wien. Letzterer warnte jedoch davor, über das Ziel hinauszuschiessen: Man solle nicht jeden Myopen zum Tragen von Gläsern für die Nähe zwingen.

Das beständige Tragen des vollkorrigirenden Konkavglases unter ärztlicher Kontrolle ist demnach nicht bedenklich, sondern eher empfehlenswerth.

(3) Der Ueberschrift ist hinzuzufügen, dass K. die adenoiden Wucherungen nur als mögliche Ursache des Sehnervenleidens hinstellt, den Heilerfolg der Operation jedoch im vorliegenden Falle für zweifelsfrei erklärt. A. R.

(4) Hamburger behandelte 5 Fälle von Pannus mit dem Paquelin und erzielte damit zufriedenstellende Erfolge. Nach Einträufelung einer 3prozentigen Cocaïnlösung werden die Lider abgehalten, der Augapfel fixirt und der weissglühende Paquelin der mit dem Pannus bedeckten Hornhaut so genähert, dass letztere bloss mit der heissen Luft bestrichen wird; hierauf werden die neugebildeten Gefässe am Uebergange der Bindehaut zur Hornhaut mit dem Paquelin berührt, um die weitere Ernährung des Pannus hintanzuhalten. Die Nachbehandlung bestand in Jodoformeinstäuben und Atropineinträufelungen. Wo Geschwürsbildungen vorhanden waren, wurde diese Behandlung längere Zeit fortgesetzt, sonst Massage mit reinem weissen Vaselin. In allen Fällen kam es zur vollständigen Aufhellung der Hornhaut. Kirchenberger.

(9) Aspirin (Acetylsalicylsäure) bewährt sich allgemein als Heil- und Linderungsmittel bei entzündlichen und schmerzhaften Augenleiden. Es wirkt ähnlich wie Salicylsäure, belästigt aber den Magen kaum. Dosirung 2 bis 3 mal täglich 1,0. A. R.

3. Operationen.

1) Passow. Zur chirurgischen Behandlung der Verengerungen des Thränennasenkanals. M. m. W. S. 1403. — 2) Wölfflin. Beschreibung einer neuen Art der Pterygiumoperation. D. P. S. 28. — 3) Kulmt. Ueber retrobulbäre Operationen. D. m. W. No. 2, Vereinsbeilage S. 15.

(1) P. empfiehlt die Spaltung des Thränennasenkanals von der Nase aus. Zuvor wird der vordere Theil der unteren Nasenmuschel mit der Scheere, dann die Crista turbinalis mit dem Meissel abgetragen. Endgültiges Urtheil ist noch nicht möglich, da bisher nur 3 Fälle vorliegen.

(3) K. rühmt die Krönleinsche leicht ausführbare zeitliche Abtragung der temporalen Orbitalwand zur Entfernung von Tumoren und auch zur Behandlung von phlegmonösen Prozessen des Orbitalinhalts. A. R.

4. Trachom und Verwandtes.

1) Löschmann. Zur staatlichen Bekämpfung der Granulose. D. m. W. No. 50. — 2) Ginsburg. Das Trachom im Gouvernement Woronesch. Ref. in O. K. S. 149. — 3) Hoppe (Köln). Ist das Trachom

eine Krankheit der frühesten Jugend. M. f. A. Juli. — 4) Morax. Klinische Untersuchungen über die Aetiologie des Trachoms. O. K. S. 359. — 5) Straub. Notiz zur Kontagiosität des Trachoms. M. f. A. März. — 6) Baehlmann. Ueber Dakryocystitis trachomatosa und über die Ursache der akuten Dakryocystitis. D. m. W. No. 43. — 7) Mitsiyasu Inouye (Japan). Ueber einen Fall von Conjunctivitis granulosa syphilitica. O. K. S. 17. — 8) Falta. Die Ausschneidung der Uebergangsfalte bei Trachom. A. f. A. Bd. 41. — 9) Weischbitzki, Torossow, Krawtschenho, Samtschik. Zur Behandlung des Trachoms. W. m. J. Heft 1 u. 11. — 10) Hamburger. Das Trachom und seine Heilung. W. m. W. No. 22 u. 23.

(1) L. weist auf eine Reihe von Schwierigkeiten hin, die sich der Durchführung behördlicher Antitrachomerlasse in den Weg stellen. Er sucht den Nachweis zu führen, dass jeder Behandlungszwang vom Uebel ist. Es bleibe nichts übrig, als unermüdlich für Aufklärung der unwissenden und abergläubischen Menge zu sorgen, damit die Kranken freiwillig die vom Staate dargebotene Wohlthat der Behandlung annehmen.

(2) Statistische Angaben über die Häufigkeit des Trachoms. Unter den Maassregeln zur Bekämpfung werden genaue Statistiken durch die Rekrutirungsärzte gefordert.

(3) H. kommt auf Grund statistischer Untersuchungen zu dem Schluss, dass das Trachom zwar ziemlich oft schon Säuglinge befällt, dass es aber mit zunehmendem Lebensalter an Häufigkeit zunimmt. Unter den Halberwachsenen (14 bis 21 Jahre) ist es am häufigsten, später lässt die Frequenz nach. Jedenfalls kann von einer Abnahme der Häufigkeit während der Schulzeit keine Rede sein. Die auf die Schule bezüglichen Maassregeln gegen das Trachom haben also ihre statistisch begründete Berechtigung.

(4) Bei den Eingeborenen in Egypten kann man kaum ein Lid umklappen, ohne auf Trachom zu stossen. 80 bis 93 pCt. der Kinder in den Eingeborenenschulen in Alexandrien haben Trachom, welches allerdings oft nur nach Umklappen des Oberlids erkannt wird. Die Infektion findet ganz allgemein meist in den ersten Lebensjahren statt.

(5) Nach Str. ist das Trachom nur wenig auf Erwachsene, leicht jedoch auf junge Kinder übertragbar. Es ist gewissermaassen eine Kinderkrankheit.

(6) Die akute Dakryocystitis entsteht nicht, wie man bisher angenommen hat, durch Uebergreifen einer Entzündung der Thränensack-Schleimhaut auf die Umgebung. Die zahlreichen chronischen Schleimhautentzündungen führen sogar selten zur Dakryocystitis. Diese entsteht im submukösen Gewebe und ist u. A. abhängig von Periostitis, Ozaena, Furunkeln. Eine häufige Ursache bildet die trachomatöse Erkrankung der Schleimhaut des Thränensackes, aber erst nach Arrosion der Submukosa durch Ulcerationen, welche der Infektion die Thür öffnen. Im Verlauf des Thränensacktrachoms kommt es zu narbiger Schrumpfung, sogar zur Obliteration. Hieraus ergiebt sich eine weitgehende Indikation zur operativen Entfernung des Thränensackes.

(7) M's Fall bestätigt die Ansicht von Fuchs, dass die Bindehaut infolge verschiedenster Reize Körner bilden kann, und legt es nahe, in allen Trachomfällen, welche der üblichen Behandlung trotzen, an Syphilis zu denken.

(8) F. operirt nur bei besonders hartnäckigem oder rückfälligem Trachom. In 85 pCt. der Fälle kommt er mit Sublimatabreibungen und Ausquetschungen aus. Er excidirt nur die obere Uebergangsfalte. A. R.

(9) Weischbitzki kommt zu dem Resultat, dass von allen Trachommitteln Ichthyol (10prozentige wässerige Lösung mit Glycerin, steigend bis 30 pCt.) das Beste sei, Fälle 1. bis 2. Grades in 2 bis 5 Wochen zur Heilung bringe, Fälle 3. Grades in 3 bis 8 Wochen, dagegen Fälle 4. Grades nicht beeinflusse. 50 pCt. des 3. Grades heilen ohne Operation.

Torossow steht dem Ichthyol wegen der zu langsamen Wirksamkeit nicht sympathisch gegenüber und empfiehlt Höllenstein und Kupfer als zwei erprobte Mittel.

Krawtschenko konnte gleichfalls nur Milderung der Reizerscheinungen feststellen, nicht aber Beseitigung der Körner oder normale Rückbildung der Lidbindehaut; er bevorzugt dieselben Mittel wie Torossow.

Samtschik führt aus, dass die auf Belljarminsche Anregung eingerichteten fliegenden Augenambulanzen grossen Nutzen gebracht haben, verlangt aber Popularisirung der Belehrungen mit Hülfe der Lehrer und Geistlichen. Er empfiehlt Bindehaut-Abreibungen mit Sublimat-Glycerin 0,1 : 30,0, fein gemischt, etwas erwärmt und stark geschüttelt; bei perikornealer Injektion vorher Atropin. Bei Entzündungsreiz Abreibungen seltener, dazwischen Ungt. hydr. praec. flav. oder Sol. arg. nitr. Bei Mangel der Entzündung Heilung in 2 Wochen. Unterstützend wirkte gleichzeitige Zerquetschung der Körner. Verf. behandelte 486 Trachomatöse in einem isolirten Lager. Davon 266 (54,7 pCt.) geheilt, die übrigen erheblich gebessert. Blau.

(10) Hamburger unterscheidet sowohl histologisch als auch klinisch drei Stadien des Trachoms: 1. Das Initialtrachom, 2. das chronische Trachom und 3. das abgelaufene Trachom. Von sämmtlichen Behandlungsarten des Trachoms hat sich ihm die Abreibungsmethode und die Sublimatbehandlung am besten bewährt. Er bedient sich schmaler, stark zusammengerollter Tampons aus Holzwolle, welche in Sublimatlösungen von 1 : 1600 und 1 : 800 eingelegt werden. Mit diesen Tampons wird nun die Bindehaut und die Uebergangsfalte abgerieben, so dass bei umgestülpten Lidern das Ganze eine blutende Fläche bildet. Anfangs wird die schwache, später die stärkere Lösung angewendet und die Abreibungen so lange fortgesetzt, bis kein Korn mehr auf der Bindehaut sichtbar ist. Vor der Abreibung wird eine 3prozentige Cocaïnlösung eingeträufelt. Die Abreibungen, die dann gut vertragen werden, wiederholt man in 8 bis 10 Tagen. Beim Initialtrachom genügen gewöhnlich 1 bis 2 Abreibungen, beim chronischen Trachom mit hochgradigen veralteten Wucherungen sind öfters 8 bis 10 Abreibungen nothwendig, und tritt hier keine Restitutio ad integrum wie beim Initialtrachom ein, sondern Heilung mit Umwandlung in Narbengewebe. Bei dem geheilten Initialtrachom kommt es selten zu Recidiven. Bei diesem Trachom währt die durchschnittliche Behandlungsdauer 10 Tage, beim chronischen Trachom 40 Tage. Von 309 Trachomen, meistens Initialformen, wurden 160 als geheilt und diensttauglich entlassen.

Behufs Ausrottung des Trachoms in Trachomgegenden wird die Ausbildung eigener Trachomärzte, die Anstellung solcher in Trachomgegenden, die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse daselbst, die Rückstellung sämmtlicher trachomkranker Wehrpflichtiger, die Nichteinberufung trachomkranker Reservisten und Ersatzreservisten und die Abgabe sämmtlicher

trachomkranker Mannschaften in eine Centralheilanstalt in Vorschlag gebracht. Kirchenberger.

5. Sonstiges.

Siehe auch unter V. (Unfall) 27, VI. B. 7a (6) u. c. (7).

1) Haab. Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges nebst Grundriss ihrer Pathologie und Therapie. München. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 101. — 2) Greef. Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Auges. Bespr. D. m. Z. S. 189. — 3) Mendel. Ueber nasale Augen-, insbesondere Sehnervenleiden. C. A. Febr. 4) Critschett. Ein Fall von Schussverletzung der Occipitallappen mit Verlust der unteren Hälfte beider Gesichtsfelder. Engl. Ophthalm. Gesell. 31. 1. 01. Ref. in O. K. S. 85. — 5) Löwensohn. Beitrag zur Kasuistik der medikamentösen Augenerkrankungen A. S. Z. S. 77. — 6) Nicolai. Ein Beitrag zur Tenonitis serosa. B. kl. W. S. 290. — 7) Uhthoff. Bemerkungen zur Skrophulose und Tuberkulose nebst einem Beitrag zur Tuberkulose der Conjunctiva. B. kl. W. 1900 No. 50. Bespr. H. R. No. 18. — 8) Greeff. Ueber die gonorrhoischen Augenerkrankungen. B. kl. W. No. 6. — 9) Nicolai. Zur Diagnose und Aetiologie einseitiger Sehnervenatrophie. D. m. Z. S. 576. — 10) Fürstner. Ueber Schlängelung und Erweiterung der Retinalgefässe. M. m. W. No. 31, S. 1235.

(3) Ein Fall von einseitiger retrobulbärer Neuritis mit grossem centralen absoluten Skotom, S = Finger in $^1/_2$ m. Heilung mit S = $^3/_5$ wurde erzielt durch Eröffnung eitrig erkrankter Siebbeinzellen (Dr. Jansen). Schmerzhaftigkeit der Perkussion der linken Stirnhöhle hatte den Zusammenhang mit Nasenerkrankung vermuthen lassen.

(4) Kriegs-Verletzung mit Lee-Metford-Geschoss. Einschuss am hinteren oberen Rande des rechten Warzenfortsatzes, Ausschuss $^1/_2$ Zoll links von der Mittellinie, 1 Zoll unterhalb der Lambda-Naht. Zunächst völlige Blindheit, schliesslich S = 1. Die unteren Gesichtsfeldhälften blieben blind. Anzunehmen war nach Richtung des Schusskanals Läsion der rechten mittleren Occipitalwindung sowie des rechten und des linken Cuneus. Unerklärt blieben dabei die Art und die Symmetrie der Gesichtsfeld-Defekte. Man muss die Einwirkung eines Blutergusses zur Hülfe nehmen. (Dieser müsste beiderseits von oben her die sich kreuzenden und die ungekreuzten Quadrantenfascikel lädirt haben.)

(5) Wieder einmal ein Fall von Erblindung durch nur 8,0 Extr. Filicis. A. R.

(6) Im Verlauf eines Gelenkrheumatismus entwickelte sich die betreffende Erkrankung. Die Erscheinungen bestanden in Fieber, Lidschwellung, Protrusio bulbi und Herabsetzung der Sehschärfe. Schurig.

(8) G. möchte den Ausdruck „Blennorrhoe des Auges" verschwinden sehen, weil er die verschiedenartigsten Eiterflüsse umfasst. Unterscheidbar sind: 1. Contakt-Gonorrhoe, 2. metastatische G., 3. Metastosen machende Gonorrhoe. Greeff hat die Burchardtschen Augenspülungen (Ausschüttelungen) mit schwachen Argentumlösungen ($^1/_4$ bis $^1/_{10}$ pro Mille) in der Charité beibehalten und erzielt damit Heilung unter Erhaltung guten Sehvermögens, bei der Hälfte bis $^2/_3$ der Fälle einschliesslich der Erwachsenen.

(10) Die Fälle von Tortuositas vasorum, Schlängelung der Netzhaut-Arterien und -Venen sind selten und scheinen öfter den Psychiatern als

den Augenärzten zu Gesicht zu kommen. Entstehung und Bedeutung sind noch nicht genügend geklärt. Man darf diesen Zustand nicht mit der Stauungspapille verwechseln. A. R.

E. Ohrenheilkunde.

1. Allgemeines.

Lehrbücher, Monographien, Zeitschriften, Berichte.

Siehe auch unter V. 28, VI. B. 7a (7 u. 8) und VI. C. 5a (18—20).

1) Trautmann. Leitfaden für Operationen am Gehörgang. Bibl. v. Coler. Bespr. D. m. Z. S. 296. — 2) Urbantschitsch. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 4. neu bearbeitete Aufl. — 3) Politzer, Adam. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 4. Aufl. Bespr. D. m. Z. 1902. 4) Brühl. Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde unter Mitwirkung von Politzer. Lehmannscher Verlag. — 5) Hölscher. Kurzer Bericht über die Universitäts-Ohrenklinik zu Tübingen v. 1. 4. 00 bis 31. 3. 01. A. f. O. 52. — 6) Lucae. Die Ohrenheilkunde des 19. Jahrhunderts. B. kl. W. — 7) Eschweiler. Ohrenärztliche Diagnostik. — 8) Kayser. Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. — 9) Bericht über die Verhandlungen der otologischen Sektion des XIII. Internat. med. Kongresses zu Paris (A. Hartmann). Z. f. O. 38. — 10) Verhandlungen über die 72. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte (Abtheilung für Ohrenkrankheiten). Z. f. O. 39. — 11) Bericht über die grossherzogliche Klinik und Poliklinik für Ohren- u. s. w. Kranke zu Rostock (Körner). Z. f. O. 39. — 12) Jahresbericht der oto-laryngologischen Klinik in Basel v. 1. 1. 99 bis 31. 12. 00 (Siebenmann). Z. f. O. 40. — 13) Kirchner, W. Die Verletzungen des Ohrs. W. A., I. Bd., 10. Heft. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 257.

(7) Eine ausgezeichnete Einführung in die Diagnostik der Ohrenkrankheiten. Hervorzuheben sind die klar beschriebenen Hörprüfungen besonders durch Stimmgabeln und die „kontinuirliche Tonreihe Bezolds". Den einzelnen Abschnitten sind kurze therapeutische Anmerkungen angefügt. W.

Anatomie und Physiologie.

13a) Nuvoli. Ueber die Theorie des Hörens. Archivio ital. d. otolog. 11. — 14) Kleinschmidt. Ueber die Schallleitung zum Labyrinthe durch die demselben vorgelagerte Luftkammer. Z. f. O. 39. — 15) Derselbe. Die physikalische Begründung der Theorie von der Leitung der tiefen Töne zum Labyrinth durch die Paukenluft.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

16) Görke. Pathologisch-anatomische Untersuchungen von Ohrpolypen. A. f. O. 52. — 17) Lewin. Ueber das klinische und pathologisch-anatomische Verhalten des Gehörorgans bei der gemeinen Diphtherie. A. f. O. 52. — 18) Treitel. Ein weiterer Beitrag zum Carcinom des Ohres. Z. f. O. 38.

(17) Lewin hat auf Veranlassung von Habermann (Graz) 60 Fälle von Rachendiphtherie bezüglich der Ohrenkomplikationen eingehend unter-

sucht. Bei Kindern ist, wahrscheinlich erklärt durch die Weite und Kürze des Tubenkanals, die Miterkrankung des Ohres ziemlich häufig (66,3 pCt.), aber im Allgemeinen milde und ohne erhebliche Beschwerden. Ein Durchbruch durch das Trommelfell ist selten, ebenso eine wirkliche Diphtherie des Mittelohres selbst. Diphtheriebazillen sind im Mittelohre in keinem Falle nachgewiesen. Verf. hält daher auch die bei Diphtherie aufgetretene Mittelohrentzündung im Allgemeinen für nicht spezifische.

(18) Treitel ist in der Lage, nach kurzer Zeit einen dritten Fall von Ohrcarcinom zu beschreiben. Es handelt sich um einen Plattenepithelkrebs, der den Gehörgang und den Warzenfortsatz ergriffen und sich auf der Parotis rapide ausdehnte. W.

Behandlung.

19) Ostmann. Experimentelle Untersuchungen zur Massage des Ohres. III. Theil. Prüfung des therapeutischen Werthes der Vibrationsmassage an Schwerhörigen. A. f. O. 51. — 20) Jacobsohn. Zur Behandlung der trockenen Mittelohraffektionen insbesondere mit der federnden Drucksonde. Haugs Kl. Vortr. W. IV. — 21) Schwabe. Zur Kenntniss der Trichloressigsäure. Z. f. O. 38. — 22) Schwabach. Ueber den therapeutischen Werth der Vibrationsmassage des Trommelfells. Z. f. O. 39. — 23) Hegener. Theoretische und experimentelle Untersuchungen der Massagewirkung auf den Schallleitungsapparat. Z. f. O. 39. — 24) von zur Mühlen. Die Nachbehandlung der Radikaloperation ohne Tamponade. Z. f. O. 39.

(19) Ostmanns Untersuchungen bestätigen die Erfahrung, dass die Vibrationsmassage bei der Sklerose des Mittelohres nur vorübergehend die Ohrgeräusche vermindert, aber kaum Hörverbesserung erzielt und dass sie bei hypertrophischem Mittelohrkatarrh (chron.) verhältnissmässig günstig wirkt.

(20) Schwabe beschäftigt sich experimentell mit der Wirkungsweise der Trichloressigsäure auf thierische Gewebe, insonderheit auf die Schleimhaut, und kommt zu dem Ergebniss, dass diese Säure nur Oberflächenwirkung besitzt und nur das Epithel zerstört ohne Reaktionsvorgänge auszulösen. Diese Eigenschaft der Säure hat sich, wie bekannt, auch bei der Behandlung trockener Trommelfellperforationen bewährt.

(21) Schwabach kommt in seiner auf klinischer Grundlage angelegten Arbeit zu dem ähnlichen Ergebniss wie Ostmann.

(23) Gestützt auf umfangreiche physikalische Kenntnisse, unterzieht H. die Arbeiten Ostmanns über dasselbe Thema einer eingehenden experimentellen Kritik.

(24) Verf. macht den neuen, allerdings noch etwas schüchternen Vorschlag, bei Radikaloperationen die bisher übliche und bewährte, wenn auch diffizile und schmerzhafte Tamponade der freigelegten Mittelohrräume von der 2. Woche an gänzlich fortzulassen. Er glaubt dadurch gute und vor Allem abgekürzte Heilergebnisse erzielen zu können. W.

2. Spezielles.

Aeusseres Ohr.

25) Trautmann. Grosse Exostose an der vorderen Wand des äusseren Gehörganges u. s. w. A. f. O. 51. — 26) Ljuri. Ueber trau-

matische Verletzungen des Trommelfelles. W. m. J. Juli 1900. — 27) Müller, R. Ohrhygiene beim Haarschneiden. A. S. Z. 4. — 28) Alexander. Anatomische Untersuchungen über Geschwülste des äusseren Ohres. Z. f. O. 38. — 29) Rohrer. Ueber die blaue Farbe des Trommelfelles — Tympanum coeruleum — und über das Auftreten von Varicen am Trommelfell. Z. f. O. 39. — 30) Rohrer. Ueber ein Symptom der Hämoglobinurie: Cyanose und Gangrän am äusseren Ohr. Z. f. O. 39. — 30a) Grosskopf. Die Entzündungen des äusseren Gehörgangs. Bd. IV. Heft 6 der Haugschen klinischen Vorträge aus dem Gebiete der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie. Jena. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 255.

(25) Eine $1^1/_2$ cm lange und $^3/_4$ cm breite Exostose wurde durch Vorklappung der Ohrmuschel und Aufschneiden des häutigen Gehörgangschlauches mit dem Hohlmeissel entfernt.

(26) Die Ljurische Arbeit enthält interessante statistische Daten über Ohrenerkrankungen in der russischen Armee. Die Mortalität an Ohrenkrankheiten betrug 1893 bis 1897 10,3 pro Mille und 0,5 pCt. der allgemeinen Mortalität. Z. f. O. 39.

(28) Dem Berichte sind 15 an der Strassburger Ohrenklinik beobachtete Tumoren zu Grunde gelegt, darunter 5 Carcinome.

(30) In 1 Falle stellte sich gleichzeitig mit dem Auftreten von Blutfarbstoff im Urin eine blaue bis violette Verfärbung beider Ohrmuscheln ein, ganz ähnlich wie bei Erfrierung; weiterhin entwickelte sich ein oberflächliches Gangrän am Helixrand. Ausgang in Heilung. W.

Mittelohr.

31) Zeroni. Ein Fall von Carotisblutung infolge von Caries des Schläfenbeines. A. f. O. 51. — 32) Piffl. Ueber die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bei Komplikationen akuter Mittelohrentzündungen. A. f. O. 51. — 33) Hammerschlag. Zur Kenntniss des otitischen Hirnabszesses M. f. O. 1. — 34) Preysing. Neun Gehirnabszesse im Gefolge von Ohr- und Nasenerkrankungen. — 35) Heine. Ein Fall von Blutung aus der Carotis interna infolge von Cholostenose. B. kl. W. 11. — 36) Hasslauer. Die Bakteriologie der akuten Mittelohrentzündung. Klin. Vortr. 5. W. — 37) Hansen. Ueber das Verhalten des Augenhintergrundes bei den otitischen intracraniellen Erkrankungen auf Grund der in der Klinik (Halle) seit 1892 gemachten Beobachtungen. A. f. O. 53. — 38) Hölscher. Ein durch Operation geheilter Fall von Gehirnabszess im Schläfenlappen nach chronischer Mittelohreiterung. (Univ. Ohrenklinik Tübingen.) A. f. O. 53. — 39) Heimann (Warschau). Ueber letale Ohrenerkrankungen. Klin. Vortr. Bd. 5. — 40) Grunert. Beitrag zur operativen Behandlung der otogenen Sinusthrombose u. s. w. A. f. O. 53. — 41) Bloch. Drei Fälle von otitischer septischer Sinusthrombose, geheilt durch die Zaufalsche Operation. Pr. m. W. 20, 21. — 42) Barth. Zur Kasuistik der Mastoidoperationen bei konstitutionellen Krankheiten. Z. f. O. 38. — 43) Manasse. Beitrag zur Lehre vom otitischen Hirnabszess. Z. f. O. 38. — 44) Witte und Sturm. Beiträge zur Kenntniss der otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und Blutleiter (4. Forts.). Z. f. O. 39. — 45) Hölscher. Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Paukenhöhle. M. m. W. 6. 1656. — 45a) Ostino. I criteri odierni di cura dell'otite media purulenta cronica. G. m. No. 2.

(31) Letale Carotisblutung bei einem Phthisiker, eine Woche nach der Radikaloperation. Die Obduktion ergab kariöse Zerstörung im Carotiskanal und Erweichungsherd in der Carotiswand auf der konvexen Seite.

(32) Piffl berichtet in eingehender Weise über 75 operirte Fälle von akuter Mittelohreiterung. Unter den intrakraniellen Komplikationen fand sich 5mal Sinusthrombose. Heilung wurde in 87,7 pCt. der Fälle erreicht. 6 Patienten starben, 4 an Meningitis, 1 an septischer Sinusthrombose und 1 an Urämie bei Nephritis.

(33) H. bringt im Anschluss an 2 operirte (davon 1 geheilt) Schläfenlappenabszesse eine tabellarische Zusammenstellung aller bis zum Jahre 1900 veröffentlichen Hirnabszesse (195).

(34) 4 Schläfenlappen- und 4 Kleinhirnabszesse, je 2 geheilt, je 2 letal und 1 letaler Stirnlappenabszess nach Empyem der Nebenhöhlen der Nase.

(37) 97 Fälle von otitischen Erkrankungen des Hirns u. s. w. wurden untersucht; 52 mal war normaler Befund, 19 mal Hyperämie, 23 mal Neuritis optica und in 3 Fällen Stauungspapille. Diese Veränderungen wurden in allen intrakraniellen otitischen Komplikationen gefunden, am seltensten bei extraduralem Abszess, am häufigsten bei Meningitis.

(42) Die eitrige Mittelohr- und Warzenfortsatzentzündung war in einem Falle durch Diabetes mellitus, im zweiten durch Gicht, im dritten durch Lungentuberkulose komplizirt.

(44) Die Verf. fügen den bisherigen veröffentlichten Fällen aus der Rostocker Klinik 11 weitere Fälle von otitischen Komplikationen erwähnter Art hinzu. W.

(45) In beiden Fällen war der Fremdkörper (Kirschkern, Stein) durch ungeschickte Extraktionsversuche in die Paukenhöhle hineingeschoben worden, so dass die Entfernung nur durch Operation (nach Art der Radikaloperation) möglich war. Schurig.

Inneres Ohr.

(46) Reinhard. Ueber einen seltenen Fall von Facialislähmung, Stenose des äusseren Gehörganges und Labyrintherschütterung infolge einer Schussverletzung. A. f. O. 52. — (47) Dieckhoff. Ueber einen Fall von Ménièrescher Krankheit (apoplektischer Taubheit). D. P. S. 487.

(46) Das Geschoss war von vorn neben dem Jochbein eingedrungen, Latte den äusseren Gehörgang durchbohrt, den Nervus facialis verletzt hnd war hinter der Warzenfortsatzspitze herausgetreten. Infolge von uabyrintherschütterung trat Taubheit ein. Der verengte Gehörgang war nur für feinere Sonden durchgängig. W.

VII. Militär-Krankenpflege.

A. Allgemeines.

Siehe auch unter I. 1 u. 6—10, II. 5 (3).

1) Lobedank. „Der Revierdienst", Anleitung zur Wahrnehmung des Revierdienstes für Unterärzte und einjährig-freiwillige Aerzte. Strassburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 32. — 2) Unger. Zur Krankenpflege in grossen Krankenhäusern. Z. f. Kr. No. 3. — 3) Kühn. Leitfaden

zur Beistellung von Krankenkost mittelst Speisetransportwagen im Vereins-Reservespital des Rothen Kreuzes. — 4) Majewski. Offene Fragen des Feld-Sanitätswesens. W. m. Pr. No. 44. — 5) Löwenthal. Einige Bemerkungen zum Sanitäts-Hilfsdienste bei den fahrenden Batterien der österreichischen Feldartillerie. M. A. No. 17 und 18. — 6) v. Kries. Ueber unseren Sanitätsdienst vor dem Feinde. Karlsruhe. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 29. — 7) Richter, Max. Die Pflege der Kriegsverwundeten in den vordersten Linien. St. ö. m. Z., 42. Jahrg., II. Bd., 3. Heft, III Bd., 1. u. 2. Heft. — 8) Steiner. Das Militär-Sanitätswesen auf der Pariser Weltausstellung 1900. M. A. No. 5 u. 6. — 9) Hausenblas. Die mehrtägige Thätigkeit einer Infanterie-Truppendivision. Wien. 3 Hefte. — 10) Majewski. Sanitätstechnische Studien im Terrain. W. m. Pr. No. 12. — 11) Moingeard. Ueber die Stillung von Blutungen im Felde. D. m. Z. S. 437. — 12) Ein Muster für Operationszimmer. Einrichtungen in militärärztlichen Friedens- oder Feldinstituten. W. m. J. Heft 9. — 13) Mendelsohn. Ueber elastische Bettböden, insbesondere in Krankenbetten. Z. f. Kr. No. 3. — 14) Wyssa. Ein Transformationsbett. Z. f. Kr. No. 3. — 15) Batic. Eine Krankenmatratze. Z. f. Kr. No. 3. — 16) Brödel. Ein mechanisches Krankenbett. M. m. W. 1900 No. 46 Bespr. Z. f. Kr. No. 2. — 17) Quincke. Ein Bett-Lesegestell. Kr. Pfl., I. Jahrg., S. 141. — 18) Mendelsohn. Ein automatisch verstellbares Krankenbett. Kr. Pfl., I. Jahrg., S. 142. — 19) v. Mosetig-Moorhof. Krankenpflege nach Operationen. Kr. Pfl., I. Jahrg., S. 193. — 20) Ledermann. Ein neues Spülbecken für Harnröhren- und Blasenspülungen. Die med. Woche. No. 26. — 21) Masson. Ueber komprimirte Arzneien und ihre Anwendung in der Armee. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. S. 435. — 22) Daum. Eine transportable Beleuchtungslampe. Kr. Pfl., Heft 2. — 23) Ekeroth. Verbandetui zur persönlichen Ausrüstung des Sanitätsoffiziers. T.M.H. S. 179. — 24) Fischer, Dan. Ueber Improvisationstechnik beim Feldsanitätswesen. T. M. H. S. 160 u. 257. — 25) Lamberg, C. Einige Gesichtspunkte betr. Ausbildung der Sanitätstruppe in Schweden. T. M. H. S. 327.

(3) Um bei der Massenverköstigung in Nothstands- und Kriegszeiten Krankenkost über grössere Strecken transportiren zu können, ohne dass sie ihre zum Genusse erforderliche Temperatur und ihren Wohlgeschmack einbüsse, hat Dr. Kühn eigene filzgefütterte Geschirre nach dem Prinzip der Thermophore konstruirt. Die schon im Jahre 1899 im Garnisonspitale No. 2 zu Wien ausgeführten Versuche fielen so zufriedenstellend aus, dass die Gesellschaft des Rothen Kreuzes diese Art des Speisentransportes von einer zentralen Kochstelle (Traiteur) nach den über mehrere, oft entfernte Gebäude vertheilten Aushilfsspitälern und zu den Krankenhaltstationen auf den Bahnhöfen angenommen hat.

(4) Majewski bespricht in einer Artikelreihe mehrere Fragen des Militär-Sanitätswesens. Im ersten Artikel wird kritisch erwogen, welches Sanitätsmaterial am Schlachtfelde nothwendig sei. Die Zahl der Feldtragen sei in allen Armeen zu gering und sollte man Tragen für mindestens 5 pCt. des Gefechtsstandes mitführen. Desgleichen wäre reichliches Material zu Verbandimprovisationen von Haus aus mitzunehmen.

Mit Rücksicht auf die Einfachheit der ärztlichen Hilfeleistung in den vorderen Linien seien die jetzt systemisirten chirurgischen Instrumente

zum guten Theile unnöthiger Ballast. Dagegen fehle es an Schienen, Verbandstoffen und Wäsche, um die Verwundeten auch der Wohlthat eines Wäschewechsels theilhaftig werden lassen zu können.

Der zweite Artikel behandelt die Geschwindigkeit des Feldtragentransportes. Majewski hält die als allgemein giltig angenommenen Zeiten für die Hinterlegung des Weges von 1 km durch belastete oder unbelastete Krankenträger für zu hoch gegriffen. Man dürfe nicht lediglich das Gelände, sondern auch andere Momente (Temperatur, Beleuchtung, physische und psychische Verfassung, dann Schulung des Trägers u. s. w.) in Betracht ziehen. Majewski hat seine diesbezüglichen Versuche noch nicht abgeschlossen, fordert aber schon jetzt zur allgemeinen Vornahme solcher Untersuchungen auf.

Die folgenden Artikel fallen bereits in den Jahrgang 1902.

(7) Der Verfasser giebt zunächst ein übersichtliches Bild der Entwickelung des Gefechts-Sanitätsdienstes von den Zeiten des Alterthums an. Sodann werden der Reihe nach die sanitären Einrichtungen für den Kampf in der russischen, deutschen, französischen, italienischen, österreichisch-ungarischen, spanischen, portugiesischen, belgischen, schweizerischen, nordamerikanischen, türkischen, englischen, schwedischen und norwegischen Armee behandelt, und zwar sowohl mit Bezug auf ihre historische Entwickelung, als auch auf die gegenwärtige Gestaltung. Die wichtigsten Feldzüge werden in kurzen sanitätsgeschichtlichen Abrissen gestreift. Die fleissige Arbeit eröffnet zwar keine neuen Gesichtspunkte, bringt aber viele Details, namentlich auch über Sanitäts-Einrichtungen von Armeen, über die man nicht so leicht Daten bekommt, eignet sich daher sehr gut zum Nachschlagen.

Beim Kapitel Schweiz ist allerdings die neueste Organisation noch nicht berücksichtigt; bei England vermisst man die richtige offizielle Bezeichnung des Sanitätskorps (Royal Army Medical Corps nicht Medical Staff Corps). Joh. Steiner.

(8) Steiner berichtet über das Militär-Sanitätswesen auf der Pariser Ausstellung 1900. Offiziell hatten nur Russland, Norwegen und Portugal ausgestellt; überdies war von Preussen ein Modell des neuen Garnisonlazareths in Potsdam zu sehen. Ein besonderes Interesse erregten die norwegischen Bataillons-Sanitätsmaterial- und Bataillons-Blessirtenkarren. Durch diese einspännigen, zweirädrigen, geradezu elegant gebauten Fahrzeuge aus leichtem Holze scheint das Problem der Bataillons-Sanitätsausrüstung gelöst zu sein. Der vom russischen Rothen Kreuz ausgestellte zweirädrige Blessirtenkarren nach Prinz Loow, welcher auf einer eigenartigen, äusserst kräftigen Federkonstruktion (Corde d'arc) aufgebaut ist, vermag ausser dem Fahrer und einem Feldscher vier liegende und acht sitzende Kranke und überdies noch 4 Kisten mit Sanitätsmaterial aufzunehmen. Das modernste Austellungsstück des Militär-Sanitätswesens war unstreitig ein Sanitäts-Automobil (voiture automobile de chirurgie) für eine französische Korpsambulanz aus der Wagenbauwerkstätte von Hellner und Sohn. Grosses, verdientes Interesse erregte die Ausstellung des schweizerischen Sanitäts-Oberst Bircher, welche mittelalterliche Handwaffen und Schädel mit Verletzungen aus dieser Zeit, eine Zusammenstellung aller Arten von Fernwaffen bis auf die Gegenwart, Tabellen über Geschosswirkung, über Deckungsfähigkeit der verschiedenen Bodenformen und Terraingegenstände u. A. m. enthielt und durch die Verleihung der goldenen Medaille ausgezeichnet wurde. Kirchenberger.

(9) In der vortrefflichen applikatorischen Felddienststudie des Oberst Hausenblas wird, obwohl sie in erster Linie für Offiziere des Gefechtsstandes bestimmt ist, dem Sanitätsdienste ein so breiter Raum gewidmet, dass sie auch den Militärärzten angelegentlichst zur Durcharbeitung empfohlen werden kann, zumal H. lehrreiche Erörterungen über den Krankenträgerdienst und diesbezügliche Verbesserungsvorschläge einflicht.

(10) Majewski hat Versuche über die Sichtbarkeit der zur Bezeichnung der Truppenverbandplätze bei Nacht verwendeten Signallaternen mit dem rothen Kreuz vorgenommen und gefunden, dass diese Laternen schon auf 150 bis 200 Schritt von anderen Laternen nicht zu unterscheiden seien.

Er schlägt folgende, weithin kenntliche und charakteristische Bezeichnung der Verbandplätze bei Nacht vor: 2 Holzlatten von ungefähr 2 Meter Länge werden zu einem gleicharmigen Kreuze zusammengefügt, und an jedem Ende sowie in der Mitte wird eine gewöhnliche Zugslaterne befestigt. Das derart beleuchtete Lattenkreuz war auch bei Nebel auf 2000 Schritt sichtbar.

Weiter bespricht Majewski die „Selbstdeckung der Verwundeten" und versteht darunter die Anlage von Schutzlöchern u. dergl. in dem Erdboden durch die Verwundeten selbst mittels des mitgeführten Spatens. Wir halten dafür, dass man damit in Wirklichkeit wird nicht rechnen können. Auch die von Majewski angestellten Versuche scheinen uns — abgesehen davon, dass der Versuchsmann nicht verwundet war — ohne Beweiskraft, da sie unter ganz anderen äusseren Verhältnissen stattfanden, als wie sie im Kriege vorliegen. Joh. Steiner.

(12) Das Muster eines Operationssaals muss nach Ansicht des russischen wissenschaftlichen Komitees folgende Anforderungen erfüllen:

1) Zwei Operationsräume, völlig getrennt, a) ein aseptischer für nicht eitrige oder sonstige infektiöse Fälle, nebst einem Vorbereitungszimmer für das Personal, und b) ein antiseptischer für infektiöse Fälle. Wo nur ein einziges Zimmer möglich ist (kleine Lazarethe), muss es desinfizirbar sein.

2) Zweckmässige Fussbodenanlage. Die Kommission empfiehlt entweder Metallplatten, die von sehr guter Qualität, sehr regelmässiger Gestalt und sehr genauem Schliff der Ränder sein müssen, oder aber Asphaltfussboden, welcher möglichst hart, mit Oelfarbe hell gestrichen und nach einer Abflussstelle hin vertieft sein muss. Der Abfluss soll einen Siphon, am besten aus Glas, mit dickem Kaliber haben, wodurch die Kontrolle der Funktion erleichtert ist. In kleineren Lazarethen und im Felde kann auch — sehr sorgfältig gearbeiteter und hell gestrichener — Holzfussboden verwendet werden.

3) Wände und Decken sollen undurchlässig und mit Oelfarbe hell gestrichen sein. Wandbelag von etwa 2 m Mettlacher Fliesen ist erwünscht. Abgerundete Kanten zwischen Wand und Decke, bezw. Wand und Fussboden.

4) Reinigungsvorrichtung durch Wasserhahn oder Hydranten mit Guttaperchaschlauch. Berieselung der Wände und des Fussbodens vor der Operation. Die Kommission weist auf eine automatische Reinigungsvorrichtung (Wratsch 1890, No. 34) hin.

5) Beleuchtung: Oberlicht oder 1 bis 2 vollständige Glaswände, am besten von West und Nordwest, jedenfalls nicht von Süd. Lichtquelle an der Decke für Nachtoperationen.

6. Heizung: Zentral-Dampfwasserheizung. Zu berücksichtigen ist die starke Abkühlung des Raumes durch die Bespülungen. Eventuelle Oefen müssen im Nebenraum aufgestellt werden.

7. Ventilation muss, wenn Filtration erwünscht, durch ein Druckpumpensystem besorgt werden.

8. Möbel und Ausstattung möglichst Eisen und Glas, sonst Holz mit hellem Anstrich von Emailfarbe.

9. Sterilisation. Form des Dampfsterilisators freigestellt. Anforderungen: a) Konstruktion einfach und solide. Keine doppelten Wände. b) Fassungsvermögen muss für mehrere grosse Stücke (Röcke u. s. w.) berechnet sein. c) Sättigung und Druckhöhe muss so beschaffen sein, dass schnell 103 bis 105° C. zu erreichen sind. d) Vorwärmevorrichtung zur Vermeidung der Durchnässung mit Kondenswasser. e) Der Sterilisator muss auch bei Petroleum-, Kohlen- oder Holzfeuerung wirken. Empfehlenswerth: Raptschewskisches Muster. Auch Schimmelbusch. Beide bereits eingeführt.

10. Die Gewinnung sterilen und aseptischen Wassers kann auf drei Wegen geschehen: a) Filtration nach Chamberland-Pasteur oder Berkefeld ist gut, hat aber Schwierigkeiten, besonders auch hinsichtlich der Bakterienkontrolle, und ist nicht einheitlich zu empfehlen. b) Kochen, 1/2 Stunde lang und Abkühlung unter hermetischem Schraubendeckelverschluss und Ablassvorrichtung, Für grössere Mengen sind zu empfehlen die Apparate von Burgsdorf und Werner-Siemens, für ganz grosse Mengen Orloff und Nagel. c) Chemische Wasserdesinfektion durch Brom mit nachfolgender Sterilisation mit schwefligsaurem Natron wird für Feldverhältnisse als das Zweckmässigste empfohlen.

11. Das Operationszimmer im Felde wird in Gestalt eines Zeltes errichtet aus 8 bis 10 hölzernen Stäben von etwa 2 bis 3 m Höhe und einem durch Leinwandrahmen abgeschlagenen Raum, der durch Wasserbespülung ordentlich rein gehalten werden kann. Ventilationsklappen. Möglichst 2 Zelte, in denen abwechselnd operirt werden kann.

(14) Wyssa, Ingenieur in Genf, bringt ein Transformationsbett (eisernes Säulenbett) in Vorschlag, dessen Matratze einen Rahmen trägt, an welchem der Kopf- und Fusstheil umzuklappen ist, so dass eine schräge Lage des Kranken erreicht wird. Der Rahmen kann auch als Trage benutzt werden.

(16) Brödel hat ein Krankenbett konstruirt, dessen Matratze gleichfalls in ihren einzelnen Theilen verstellbar ist und ausserdem das Unterschieben eines Gefässes zu Stuhl- bezw. Urinentleerung gestattet.

(18) Mendelsohn hat, um dem häufigen Sitzbedürfniss des Kranken zu genügen, ein verstellbares Bett konstruiren lassen, welches sich der Kranke ohne fremde Mitwirkung so einstellen kann, dass durch Entstehen einer zweimaligen winkligen Knickung des Bettbodens jederzeit eine sitzende, halbsitzende u. s. w. Stellung einnehmbar ist. Jedoch kann auch der Krankenpfleger unabhängig vom Willen des Patienten die Vorrichtung nach seinem Ermessen dirigiren.

(22) Daum empfiehlt für ambulante Praxis und für Kriegszwecke seine transportable „Ever-Ready"-Lampe mit intensivem weissem Licht, Trockenbatterie — einige Monate ohne Auswechselung benutzbar —, Reflektor mit Kugelgelenk, fixirbarem Kontaktknopf, das Ganze im Lederetui. Preis und Tragemodus sind jedoch nicht angegeben.

Blau.

(23) Carl Ekeroth hat ein Verbandetui zur persönlichen Ausrüstung des Sanitätsoffiziers angegeben, welches aus ungefärbtem Leder bestehen und wie das vorgeschriebene Behältniss für das Fernglas am Leibriemen getragen werden soll. Es misst 15,5 × 5 × 12,5 cm bei einem Gewicht von 584 g und einem Preis von 45 Kronen (Verfertiger Ch. O. Werner—Stockholm). Es enthält ein Verbandzeug (1 Doppelbistouri, 1 Nadelhalter, 1 Péan, 1 chirurgische Pinzette, 1 gebogene Scheere, 1 einfache, 1 Hohlsonde, 1 Mundspatel, 3 Nähnadeln, 1 Maximalthermometer, 1 Pravazsche Spritze, 1 Gefäss für Morphiumlösung, 1 für Aether, 1 für Nähseide) und 3 Verbandpäckchen (jedes zu 5 g Wundwatte in 300 qcm Gaze, 1 Kompresse von 600 qcm Gaze, 1 Cambrikbinde, 5 m lang 2 cm breit, 1 Sicherheitsnadel).

(24) Ueber Improvisationstechnik beim Feldsanitätswesen giebt Dan. Fischer eine zusammenfassende Abhandlung, welche mit vollkommener Kenntniss der deutschen Vorarbeiten und nach genauer Prüfung und mit Verarbeitung der Erfahrungen der Ausstellung des Rothen Kreuzes in Berlin 1900 abgefasst ist. Verfasser räth dringend dazu, auch in Schweden diesem neuen Zweige der Ausbildung des Sanitätskorps Aufmerksamkeit zuzuwenden, und schlägt vor, einige der für das Exerziren mit Krankentragen angesetzten Stunden hierfür in Aussicht zu nehmen.

(25) Divisionsarzt Carl Lamberg findet die bisherigen dienstlichen Vorschriften nicht hinreichend, um die Ausbildung des Sanitätskorps für den Krieg sicherzustellen. Er verlangt für den Sanitätsoffizier eine ganze Reihe militärischer Kenntnisse, ferner in den Manövern vollkommene Durchführung der Truppen- und Hauptverbandplätze. Die Verwundeten sollen durch Offiziere und Mannschaften der Truppen markirt werden, bei welchen dies gleichzeitig eine gute Uebung für den im Krieg nothwendig werdenden schnellen Ersatz eingetretener Verluste sein würde. Ebenso sollen auch Feldlazarethe am Manöver theilnehmen, sich etabliren und die markirten Verwundeten in vollem Umfang des Ernstfalles zugeführt erhalten. Es ist kaum anzunehmen, dass dies Programm in ganzer Ausdehnung so bald zur Ausführung kommt. Stechow.

B. Spezielles.

1. Taktischer Sanitätsdienst.

Siehe auch unter II. 2 (14) und VI. A.

1) v. Oven. Taktische Ausbildung des Sanitätsoffiziers. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902 S. 30. — 2) Timann. Der Sanitätsdienst auf dem Schlachtfelde, mit einer historischen Darstellung des Sanitätsdienstes beim Gardekorps in der Schlacht bei St. Privat. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902 S. 87. — 3) Westphal. In welcher Weise wird nach den im südafrikanischen Kriege gemachten Erfahrungen über die von kleinkalibrigen Gewehrprojektilen bewirkten Schussverletzungen in einem zukünftigen Feldzuge die Thätigkeit der Militärärzte auf dem Schlachtfelde, den Verbandplätzen und in den Lazarethen voraussichtlich modifizirt werden. D. m. Z. 1902 S. 38. — 4) Wichura. Truppendienst und Truppenverbandplatz im Felde. D. m. Z. 1902 S. 105. — 5) Niebergall. Beobachtungen über taktischen Sanitätsdienst. D. m. Z. S. 129. — 6) Gelände- und Feldsanitätsdienst. Wien. Bespr. D. m. Z. 1902 S. 32. — 7) Aufgabensammlung zum applikatorischen Studium des Feldsanitäts-

dienstes. Wien. Bespr. D. m. Z. 1902 S. 161. — 8) Dautwitz. Ueber sanitätstaktische Ausbildung der Sanitätsoffiziere der Armee. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902 S. 29. — 9) Majewski. Sanitätstechnische Experimentalstudien im Terrain. W. m. Pr. No. 12. — 10) Kretzschmar. Die taktische Ausbildung der Sanitätsoffiziere im Frieden. D. m. Z. 1902 S. 105. — 11) Freund. Das Feldsanitätswesen der ersten Linie im Zukunftskriege. M. A. No. 19 bis 22. — 12) Bungeroth. Sanitätskompagnie und Feldlazarethe. D. m. Z. 1902 S. 107.

(11) Freund erörtert die Frage, ob die im österreich-ungarischen Heere gegenwärtig bestehende Organisation des Feldsanitätsdienstes der ersten Linie gegenüber die Wirkungen der modernen Geschosse und den zu erwartenden grossen Verlusten in einem Zukunftskriege genügen wird, wobei er unter Verneinung dieser Frage zu folgenden, zunächst schon von Cron, Herz, Hausenblas u. A. bereits in Vorschlag gebrachten Reformen gelangt. Es wären die Blessirtenträger der Truppe und die Zahl der Feldtragen zu vermehren, die bereits systemisirten Sanitätsgehülfen auch bei Infanterie einzuführen und jedem Regiment drei Blessirtenwagen und ein Sanitätsmaterialwagen beizustellen. An Stelle der gegenwärtigen, von den Divisionssanitätsanstalten abhängigen Hülfsplätze wären Regiments-Hülfsplätze aufzustellen, welche reichlicher mit Sanitätshülfspersonal und -material als bis nun dotirt sein müssten. Dieselben wären im offenen Gelände hinter der Fehlschusszone bereitzustellen und hätten sich nach Räumung der feindlichen Hauptfeuerstation im Raume der intensivsten Verluste zu etabliren. Auf solchen Hülfsplätzen könnten die Verwundeten endgültig besorgt werden.

Der Verbandplatz, mit mindestens 7 Aerzten dotirt, wäre, nachdem die Gefechtslage klar geworden ist, unter Heranziehung der verfügbaren Truppenärzte in einer für den Verwundetenabschub günstig gelegenen ressourcenreichen Ortschaft an guter Strasse zu etabliren. Zur Entlastung des Verbandplatzes wäre abseits desselben eine Leichtverwundeten-Sammelstation zu errichten. Die Feldspitalssektionen wären in selbständige Anstalten umzuwandeln, reichlicher mit Aerzten zu versehen und ihre Anzahl so zu vermehren, dass fünf auf eine Truppendivision kommen. Kirchenberger.

2. Erste Hülfe.

Siehe auch unter VII. B. 1 u. 3 (2).

1) Doermer. Erste Hülfe in der Gefechtslinie. M. W. Bl. No. 114. — 2) Charas. Das technische Material und erste Hülfe. Kr. Pfl. I. Jahrg. S. 223.

(1) D. empfiehlt: Verbinden der Soldaten unter einander, Errichtung von Nothverbandplätzen zur raschen Bergung der am schwersten Verwundeten (welche durch künstliche Schutzwände aus Nickelstahl oder Krupps Stahleisen gegen Infanteriefeuer geschützt werden sollen!) und Einführung von Feldsanitätskolonnen zur Bewältigung des Transports zwischen Gefechtslinie und Truppenverbandplätzen. Diese Vorschläge hat D. schon früher (M. W. Bl. 1896 No. 100 u. 113 und 1897 No. 73) sowie in der Kriegstechnischen Zeitschrift (I. Heft 6, II. Heft 4) aufgestellt. Er glaubt, dass der Anfang zu solcher Neuerung gemacht sei mit der geplanten Ausbildung der Volksschullehrer und Seminaristen; Ref. glaubt, dass Verf. in dieser Annahme sich irrt. Kr.

3. Unterkunft.

Siehe auch unter II. 1 (6) und II. 15.

1) Unterbringung von Verwundeten am Kriegsschauplatze nach grossen Gefechten und Schlachten. M. Z. No. 31. — 2) Majewski. Die ersten Zufluchtsstätten der Kriegsverwundeten. Kr. Pfl. I. Jahrg., S. 267. — 3) Sommerfeld Erholungsstätten. D. V. ö. G. Bd. 33 Heft 2. — 4) Mendelsohn. Ueber die Nothwendigkeit der Errichtung von Heilstätten für Herzkranke. H. R. No. 19. — 5) Traniello. L'ospedale militare del Celio a Roma in relazione ai moderni concetti d'igiene ospitaliera. Roma. — 6) Schaper. Bemerkungen über Krankenhausanlagen. Kr. Pfl. S. 24. — 7) Schroeder Die neue Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg, O. A. Neuenbürg nach der vollendeten Vergrösserung. Z. f. T. u. H. Bd. 2 Heft 6. — 8) Thrap-Meyer. Das Militär-Krankenhaus in Christiania. N. T. M. S. 49.

(1) Der ungenannte Verfasser bespricht vorerst die neuesten Erfahrungen über den schädigenden Einfluss eines längeren Transportes auf den Wundverlauf bei Schussverletzungen und bringt Beispiele aus dem südafrikanischen Kriege. Es ergebe sich daher die Nothwendigkeit, nach grossen Gefechten und Schlachten Mittel und Wege zur Unterbringung Schwerverwundeter in der allernächsten Nähe des Schlachtfeldes zu schaffen, bis einerseits die transportabeln Baracken, die von der Kriegsverwaltung bereit gehalten werden, vordisponirt seien und bis andererseits der Zustand vieler Verwundeter sich soweit gebessert habe, dass Letztere ohne Gefährdung transportirt werden können; nach den Erfahrungen in Südafrika betrage dieser Zeitraum vier bis fünf Tage. Als improvisirtes Unterkunftsmittel wird die tragbare Zeltausrüstung der Verwundeten hingestellt. Der Verfasser giebt eine Methode an, aus zwei bis vier „improvisirten Zeltblättern", von denen jedes aus vier normalen Zeltblättern besteht, ein entsprechend hohes und geräumiges Krankenzelt zu errichten, das vier Kranke aufzunehmen vermag. Weiter wird vorgeschlagen, bei jeder Divisions-Sanitätsanstalt einen Vorrath von 100 bis 200 Zeltblättern mitzuführen und mit Rücksicht auf die gesteigerte Arbeitsleistung den Mannschaftsstand der Anstalt zu erhöhen. Joh. Steiner.

(2) Majewski setzt eingehend auseinander, dass die erste Hülfeleistung, welche bei allen (!) europäischen Staaten die Verwundeten erhalten, nämlich auf dem 1000 m rückwärts gelegenen Truppenverbandplatz bezw. Hülfsplatz nicht sachgemäss sei. Dieser Akt müsse auf dem Schlachtfelde selbst beginnen, und zwar unter Aufsuchung natürlicher oder künstlich geschaffener Deckungen (Verwundeteninseln), wobei das Sanitätspersonal kriechend zu arbeiten habe und die Feldtrage zum „Bodentransport" in einen Schlitten umzuwandeln sei; die Schwerverwundeten seien, nach Küttnerschen Grundsätzen, liegen zu lassen, Leichtverwundete zu verbinden und geeignetenfalls sofort zur Truppe zurückzuschicken (!)

Bei diesem Verfahren sind seiner Meinung nach die Hülfsplätze zwischen den Verwundeteninseln und dem Hauptverbandplatz vollkommen entbehrlich und sogar als kräftezersplitternd zu verwerfen. — Zum Schluss redet Majewski noch zu Gunsten der Gleichstellung der Militärärzte mit den Kombattanten, was durch Befolgung seiner Rathschläge, d. h. Verlegung der Aerztearbeit auf das Schlachtfeld, sicher zu erreichen sei.

Anm. d. Referenten. Verfasser kennt anscheinend weder die deutschen Bestimmungen über die Begleitung der Truppen durch einen Theil des Sanitätspersonals in das Gefecht, noch die vielfachen Anfechtungen, welche gerade diese Bestimmungen schon bald nach den Kriegen von 1866 und 1870/71, namentlich aber in neueren sanitätstaktischen Arbeiten erfahren haben. Blau.

(5) Ueber das im Jahre 1880 beschlossene, 1891 vollendete Militärhospital del Celio berichtet Myrdacz in O. m. w. V. S. XCVI. nach der Beschreibung Traniellos, wie folgt:

Dasselbe liegt im Südosten von Rom, in einer zwischen der Lateranskirche und dem Kolosseum südwärts vorspringenden Ecke, 50 m über dem Meere, und bedeckt eine Fläche von 53 420 m², so dass auf ein Bett des mit 500 Betten bemessenen Belages 106,84 m² entfallen. 12 805 m² der Grundfläche sind von Baulichkeiten, 40 615 m² von Gärten und Wegen eingenommen.

Die Gebäude, 30 an Zahl, sind mit wenigen Ausnahmen zu einander parallel gestellt, von linearer Form und mit der Längsachse von NNW nach SSO orientirt. Von den grösseren Pavillons sind 8 für gewöhnliche Kranke, 3 für Infektionskranke, 1 für kranke Offiziere, 1 für Schwerkranke und für chirurgische Operationen bestimmt. Die Pavillons für gewöhnliche Kranke haben über dem Souterrain zwei Geschosse und sind in zwei Gruppen angeordnet, zwischen welchen eine eiserne, offene, zweigeschossige Galerie verläuft, von der kurze Quergalerien zu den einzelnen Pavillons führen. Die Galerien dienen zugleich als Wandelbahnen für Kranke. Die gegenseitige Entfernung der 17 m hohen Pavillons beträgt 29,3 m, d. i. mehr als das Anderthalbfache der Höhe. Die Pavillons für Infektionskranke haben über dem Souterrain nur ein Geschoss.

Die Pavillons enthalten in jedem Geschosse einen Krankensaal mit 24 Betten, an dessen beiden Enden sich kleine Räume — 1 Isolirzimmer, 1 Pflegezimmer, 1 Badezimmer und 1 Tagszimmer für Rekonvaleszenten — anschliessen, zwischen welchen ein Mittelgang einerseits auf die Verbindungsgalerie, andererseits über eine kurze Brücke in einen thurmartigen Anbau mit Aborten führt. Die Krankensäle sind 32 m lang, 9 m breit, 5,2 m hoch, die Betten paarweise an den Fensterpfeilern und einzeln in den vier Ecken aufgestellt. Alle Kanten und Ecken in den Sälen sind abgerundet, die Wände auf 2 m Höhe mit marmorhartem, glattem Stuck überzogen. Die sechs Fenster in jeder Längswand sind 3,05 m hoch, 1,4 m breit, unten bis an den Fussboden reichend und mit 70 cm hohen Schutzgittern, aussen mit zweiflügeligen Jalousien versehen. Ueber diesen Fenstern sind ferner 24 kleine runde Fenster von 80 cm Durchmesser mit beweglichen Fensterscheiben und fixen Jalousien angeordnet. Die Fensterfläche eines Krankensaales beträgt 60,77 m²; auf jeden Kranken entfallen 12 m² Bodenfläche, 2,53 m² Fensterfläche und 62,4 m³ Luftraum.

Die Ventilation vermitteln in jedem Krankensaale: *a)* 24 Abzugsschläuche, deren quadratische, 23 × 23 cm messende Mündungen in Kopfhöhe der Betten situirt sind, während die Mündungen über dem Dache kräftige Sauger aufgesetzt haben; *b)* 24 runde Zufuhröffnungen für frische Luft von je 25 cm Durchmesser, welche in einer horizontalen Linie 12 cm unterhalb der Zimmerdecke angebracht sind. Im Winter wird die Ventilation durch vier paarweise im Mittelgange des Saales aufgestellte Oefen unterstützt. Die Ventilationseinrichtungen erzielen pro Stunde einen Luft-

wechsel von etwa 3300 m³, was bei dem ohne Einrichtungsstücke 1452 m³ messenden Luftraum des Saales einem 2,25 maligen Luftwechsel gleichkommt.

Der Abortthurm enthält für jedes Geschoss drei Sitze und drei Pissoirplätze mit gesonderter automatischer, alle zehn Minuten in Wirksamkeit tretender Wasserspülung. Da der Mechanismus jedoch in einigen Fällen bald versagte, wurden die gesonderten Sitze zum Theil durch gemeinsame Cunetten von halbkreisförmigem Querschnitt ersetzt; und diese mittels Marmorplatten mit sechs runden Oeffnungen bedeckt. Die Cunette wird als Ganzes durch einen grossen automatischen Apparat gespült. Die Abfuhr der Abfallsstoffe findet direkt in die Schwemmkanäle statt.

Die Gesammtkosten haben 4 288 741 Lire betragen, wovon 660 500 Lire auf die Erwerbung des Baugrundes entfallen. Für jedes Bett des Normalbelages beliefen sich die Kosten auf 8577 Lire. Red.

(6) Schaper hebt an der Hand seiner Charitéerfahrung folgende für die Einrichtung von Krankenhausanlagen wichtige Punkte hervor: Gesunder Baugrund ist zwar der beste, schlechter Baugrund kann aber erforderlichenfalls in genügender Tiefe ausgehoben werden, um einer Isolirschicht Platz zu machen, auf welcher dann das Gebäude aufzuführen ist. Z. B. liegt unter den Kinderpavillons der Charité eine 10 cm starke Lehmtenne und eine 45 cm starke Betonsohle, worauf sich die 175 mm hohen gemauerten Pfeiler aufbauen. — Das Institut für Infektionskrankheiten ruht auf 60 cm starken Betonplatten durch Vermittelung eines massiven Unterbaus. Für klinische Lehranstalten wird das gemischte Bausystem empfohlen, welches alle zu einer Klinik gehörigen Räume in einem Gebäude vereinigt, das im mittleren Theile einen Korridorbau, an beiden Seiten Krankenpavillons besitzt. Für Tuberkulöse sind besondere Häuser zu schaffen, und zwar für leichtere Haussanatorien in den Krankenhäusern, für schwere Lungenheilstätten. Auch für Krebskranke müssen über kurz oder lang Sonderhäuser geschaffen werden. — Als bestes Fussbodenmaterial für Anstalten wird Linoleum auf Zementestrich, ganz trocken aufgelegt, empfohlen. Vorher langdauernde Lüftung des Linoleums nöthig. Für Operationssäle einfach glatte Mettlacher Fliesen.

Blau.

(8) Oberarzt Thrap-Meyer berichtet über das am 1. Februar 1901 bezogene Militärkrankenhaus in Christiania. Es ist ein gemiethetes Haus von vier Stockwerken mit Centralheizung und Fahrstuhl, neu eingerichtet für 40 Kranke. Angestellt sind: 1 Oberarzt, 1 Unterarzt, 3 Sergeanten, 15 Eleven, 1 Kandidat, 1 Koch und 2 Pflegerinnen, welche als „Oberschwestern“ fungiren. Das Haus enthält im ersten Stock Bureauräume, Poliklinik, Operations-, Warte-, Bade-, Röntgen- und einige Wohnräume, im zweiten Stock Unterrichtssaal, Speiseraum und Küche für die Eleven. Im dritten und vierten Stock befinden sich zehn Krankenstuben, Operations- und Sterilisationsraum, Krankenküche und Wohnungen. Im Dachgeschoss wohnt der verheirathete Sergeant. In jedem Stock finden sich ein Badezimmer und zwei Torfstreuklosets, im Keller ein Leichen- und Obduktionsraum. Die Beleuchtung erfolgt durch Gas und Petroleum. Die Betten sind zur Hälfte neu angeschafft, mit Sprungfedermatratzen und weiss lackirt. Die Kranken haben jetzt Rosshaarmatratzen erhalten, sowie Kopfkissen, mit Federn und Wolle gefüllt. Der Operationsraum ist ganz neu ausgestattet mit Dampfsterilisator für Verbandstoffe und Wasser, Röntgenapparat von Jakobsen, chemischem und mikroskopischem Labora-

torium. Die Akkumulatoren können gleichzeitig zur Aestokopie und Kaustik gebraucht werden. Ausser Militärpersonen, welche umsonst behandelt werden, können männliche chirurgische Civilpatienten aufgenommen werden, welche 1,50 bis 1,80 Kronen pro Tag, bei besserer Verpflegung 4 Kronen zahlen. Arme Kranke erhalten 10 pCt. Rabatt. Sie sind bis jetzt in Wagen abgeholt worden, welche vom Reichshospital entliehen waren. Es besteht die Hoffnung, hierzu einen eigenen Wagen zu erhalten. Im 18. Jahrhundert hatte die Besatzung der zu Christiania gehörenden Festung Akechas nur Krankenstuben in der Kaserne. Erst 1807 wurde das Militärhospital zu Hammersborg mit 106 Betten eingerichtet. Durchschnittlich hatte es 30 Kranke, Kinder und Frauen von Militärpersonen wurden ebenfalls aufgenommen und zu klinischem Unterricht benutzt. Als Krankenpfleger wurden Soldaten der Garnison nach der Reihe kommandirt, was zu vielen Klagen Anlass gab. Im Jahre 1826 ging dies Lazareth auf in das neu errichtete Reichshospital, welches nunmehr die Verpflichtung übernahm, 80 Betten für die Garnison frei zu halten. Die kranken Soldaten wurden hier von Militärärzten behandelt. Ein besonderes Garnisonlazareth, ein altes Bibliotheksgebäude in der Rathhausstrasse, wurde am 1. Juli 1861 mit 19 Kranken bezogen und hier 1870 auch eine Schule für Sanitätssoldaten eingerichtet. Dies veraltete Gebäude konnte erst im Jahre 1898 für 400 000 Kronen an die Stadt Christiania verkauft werden.

Stechow.

4. Krankentransport.

Siehe auch unter II. 4 (10), II. 5 (7), II. 6 (3) IV. B. 8 (3).

1) Verwendung von Motorfahrzeugen für militärische Zwecke. M. W. Bl. No. 102. — 2) Freund. Ueber die Herreichung landesüblicher Fuhrwerke zum Verwundetentransport. M. A. No. 1 u. 2. — 3) Landauer. Ein Tragegehänge zur Herrichtung von Fuhrwerken zum Verwundetentransport. M. A. No. 15 u. 16. — 4) Normen für die Trainausrüstung des k. u. k. Heeres. 3. Theil, Gebirgstrain. N. V. 10. Stück. — 5) Vorschrift für den Militärtransport zu Wasser. 2 Aufl. Wien. — 6) Löwenthal. Einige Bemerkungen zum Sanitäts-Hülfsdienste bei den fahrenden Batterien der k. u. k. Feldartillerie. M. A. No. 17 u. 18. — 7) Ratig. Krankentransportwagen der Feuerwehr. Kr. Pfl. Heft 4.

(2) Nach Freund ist die Improvisation landesüblicher Fuhrwerke zum Verwundetentransporte mittels Strohschüttung die einzige, welche im Felde verwendbar ist. Sie ist einfach, bedarf keiner langen Vorbereitungen und ist überall anwendbar. Zum Schutze vor Feuersgefahr wird das Stroh mit Zeltblättern bedeckt. Ihr einziger Nachtheil ist die zu geringe Abschwächung der Erschütterungen während des Transportes.

Alle übrigen Improvisationsmethoden mittels Suspension, Längs- oder Querlagerung im Wagenraume oder auf den Leiterbäumen sind viel zu komplizirt und benöthigen eine grosse Masse von Material, so dass sie im Felde, wo Alles einfach sein muss, nicht verwendbar sind. Bloss die ärarischen Proviantwagen könnten zum Verwundetentransporte zwischen Hülfs- und Verbandplatz unter der Voraussetzung verwendet werden, dass die Truppe eine grössere Anzahl von Reservefeldtragen mit sich führt.

(3) Landauer hat ein Traggehänge zur Herrichtung von Fuhrwerken für den Verwundetentransport konstruirt. Eine Garnitur des Tragegehänges im Gewichte von beiläufig 15 kg dient zur Adaptirung eines Wagens und besteht aus 2 Trageisen und 2 Anbindestricken. Die T förmigen Trageisen, welche an den wagerechten Enden in Ringstücke auslaufen, werden an den Längsholmen des einzurichtenden Wagens mit den Anbindestricken in einem Abstande von 183 cm voneinander befestigt, so dass sie quer, wagerecht über dem Wagenboden hängen. An dem Traggehänge wird eine Feldtrage suspendirt und über dieser können auf die Trageisen 2 Feldtragen aufgelegt werden. Die Details sind im Original nachzusehen.

(4) Der Gebirgstrain umfasst jene militärisch organisirten Transportmittel, welche im Gebirgskriege u. A. auch zur Fortschaffung des Sanitätsmaterials nothwendig sind. Die Beschaffenheit des zu betretenden Gebirgslandes entscheidet, ob die betreffenden Armeetheile die normale oder die gemischte Gebirgstrainausrüstung zu erhalten habe. Bei der ersteren kommen in der Regel nur Tragthiere, bei der letzteren stets Tragthiere und Fuhrwerke zur Verwendung.

Das Ausmaass an ausgerüsteten Tragthieren beträgt: für 1 Infanterie-Divisions-Sanitätsanstalt 116 Tragthiere, für die Halbsektion eines Feldspitals (100 Kranke) 58 Tragthiere. Bei jedem Bataillon trägt ein Tragthier die Sanitätsausrüstung.

(5) Zum Kranken- (Verwundeten-) Transporte zu Wasser können im österreichisch-ungarischen Heere nur solche Personen- und Frachtendampfer verwendet werden, welche in den Räumen unter Deck hinreichend ventilirbar und licht sind, sowie direkte bequeme Durchgänge auf Deck und in den Zwischendecks haben. Die Einrichtung findet analog wie bei den Dampfern für Truppentransporte statt, nur werden solche Dampfer ihrer Bestimmung entsprechend militärischerseits in ähnlicher Weise, wie die provisorischen Schiffsspitäler bei der k. u. k. Kriegsmarine, mit Sanitätspersonal und -material und den erforderlichen Bett- und Wäschesorten dotirt, während die Unternehmungen für die zweckmässige Unterkunft des Sanitätspersonals, der Apotheke und, falls erforderlich, für die Heizbarkeit der Räume zu sorgen haben. Werden solche Dampfer dauernd zur Beförderung von Kranken und Verwundeten verwendet, so erhalten sie eine zweckdienliche besondere Einrichtung und Ausrüstung analog den Schiffsspitälern der k. u. k. Kriegsmarine oder der Seeambulanz des Rothen Kreuzes. Die Ambulanzdampfer führen am Fockmaste die Flagge der Genfer Konvention.

(6) Seit dem Jahre 1893 besitzt die österreich-ungarische Feldartillerie Bandagen- und Blessirtenträger, und zwar bestehen per Regiment 2 Bandagenträger und 1 Blessirtenträger-Korporal, per Batterie 4 Blessirtenträger mit 2 Feldtragen. Die Munitionsparks besitzen ebenfalls je 2 Bandagenträger. Hierzu kommen noch per Regiment 2 berittene Sanitätsgehülfen. Die Blessirtenträger fahren auf den 4 Munitionswagen der zweiten Wagenstaffel, ihre Feldtragen sind an dem rechten Geländer des Hinterwagens angeschnallt. Zweckmässiger wäre es nun, wenn die Blessirtenträger auf den 4 Munitionswagen der ersten Wagenstaffel untergebracht wären, da sie bei der Eintheilung auf der zweiten Wagenstaffel, um in die Gefechtslinie zu gelangen, einen Raum von 600 Schritten, der eventuell von feindlichen Geschossen bestrichen wird, vollständig bepackt und ausgerüstet, marschirend zurücklegen müssen.

Der Blessirtenträger-Korporal und die Bandagenträger, welche bisher unberitten sind, wären beritten zu machen, da sie sonst für die rasche Vorwärtsbewegung aller Theile des Regiments ein Hinderniss bilden.
Kirchenberger.

(7) Ratig hat einen Mannschaftswagen der Feuerwehr so eingerichtet, dass derselbe nach Abnahme der ordnungsmässigen Beladung sofort zum Krankenwagen umgewandelt werden kann. In der Wagenmitte ist ein freier Raum 1,15 : 2,50 m, in dessen entfernbarem Zwischenboden drei Tragen und eine Lagerung untergebracht sind. Die ersteren finden in einem Hängesystem Platz; die Samariter sitzen mit im Wagen, der Apothekerkasten nimmt eine bestimmte Stelle ein; die Seiten können durch Segeltuch geschützt werden. Die Einrichtung ist bei der Feuerwehr Grunewald erprobt. Der Wagen kann auch für durchnässte und erhitzte Feuerwehrleute einen Schutzraum darstellen. Blau.

5. Freiwillige Krankenpflege.

Siehe auch unter II. 1 (19) u. VIII C. 11.

1) Dunant. Das Zustandekommen der Genfer Konvention. Kr. Pfl. I. Jahrg. S. 341. — 2) Meyer, J. Geschichte der Genfer Konvention. Schriften der Vereine vom Rothen Kreuz. Heft 1. Berlin. — 3) v. Esmarch. Die Fortschritte des Samariterwesens in Deutschland. Kr. Pfl. S. 45. — 4) Bericht des Centralkomitees der deutschen Vereine vom Rothen Kreuz über seine internationale Hülfsthätigkeit im südafrikanischen Kriege 1899 1900. Berlin. — 5) Jahresbericht des preussischen Landesvereins vom Rothen Kreuz für die Zeit vom 1. Juni 1900 bis 1. Jun. 1901. Berlin. — 6) Pannwitz. Die Friedensthätigkeit des Rothen Kreuzes. Kr. Pfl. S. 52. — 7) Vom österreichischen Rothen Kreuz. V. No. 330. — 8) Der freiwillige Sanitätsdienst des deutschen Ritterordens. Jahresbericht über 1900. Wien. — 9) Jahrbuch der österreichischen Gesellschaft vom Weissen Kreuz. Wien. — 10) Das Hospital der französischen Damen. Revue du cercle militaire. Aprilheft. — 11) Kouindjy. Das Rothe Kreuz in Japan. Le progrès medic. No. 32. — 12) Sahli. Das freiwillige Hülfswesen der Schweiz und sein Verhältniss zur Armee. Sch. M. f. O. a. W. No. 10. — 13) VI. Bericht der Direktion des schweizerischen Centralvereins vom Rothen Kreuz und seiner Sektionen für das Jahr 1900/1901. Bern. — 14) Köhl. Freiwillige Hülfe und Rothes Kreuz. C. Schw. Ae. No. 9. — 15) Bulletin international des sociétés de la croix rouge. Tome XXXII. — 16) Das Schwestern- und Krankenheim des schwedischen Rothen Kreuzes. T. M. H. S. 93 u. 118.

(7) Die Gliederung und die Materialbestände der österreichischen Gesellschaft vom Rothen Kreuz sind im Wesentlichen dieselben wie im Vorjahre (Roths Jahresbericht für 1900, S. 151). Neu hinzugekommen sind die Vorsorgen für eine Reihe von Krankenhaltstationen an Eisenbahnen des Hinterlandes. Für die Mannschaft des gemeinsamen Heeres und der österreichischen Landwehr gelangten ungefähr 800 000 neue aseptische Verbandpäckchen zur Ausgabe.

175 Vereinsspitäler, 50 Rekonvaleszentenhäuser und 3317 Privatpflegebetten können im Kriegsfalle 2820 Offizieren und 10 191 Mann Unterkunft bieten.

Neben den Vorsorgen für den Krieg übt die Gesellschaft vom Rothen Kreuz in den letzten Jahren auch eine Friedensthätigkeit zur Linderung von Nothständen aus und hat einen Rettungs- und Krankentransportdienst auf dem Lande organisirt. Damit im Zusammenhange steht die Betheiligung der Gendarmerie mit Verbandpatronen zum Zwecke erster Hülfeleistung.

(8) Der deutsche Ritter-Orden besitzt stabile Spitäler zu Friesack, Würbenthal, Freudenau, Friedau und Lengmoos, die im Kriegsfall für den Belag mit Verwundeten bestimmt sind.

An Feld-Sanitätsmaterial verfügt der Orden über 44 Feld-Sanitätskolonnen und 4 Verwundetenspitäler à 200 Mann mit 48 Sanitätsfurgons, 186 Blessirtenwagen, 1096 Feldtragen, 820 Packkörben, 48 Offiziersfeldküchen, 48 Operationsdoppelzelten, dann mit Montur, Rüstung, Armatur und Feldgeräthen für 1284 Sanitäts- und Trainsoldaten, mit kompletten Reitzeugen, Zuggeschirren und Stallrequisiten für 48 Reit- und 984 Zugpferde.

Im Hauptdepot des Ordens zu Wien befindet sich überdies ein bedeutender Reservevorrath an Sanitätsmaterial, Wäsche, Einrichtungsgegenständen u. dergl.

(9) Der Mitgliederstand der Gesellschaft vom Weissen Kreuz, die sich die Schaffung von Kurhäusern nnd die Stiftung von Freiplätzen in Badeorten für kranke Offiziere und Militärbeamte zur Aufgabe gemacht hat, ist bis Ende 1900 auf 316 Stifter und 7008 Mitglieder angestiegen. Es bestehen 16 Zweigvereine, darunter einer im Auslande (Salonik).

In den 9 Kurhäusern der Gesellschaft und auf den Freiplätzen in 37 verschiedenen Badeorten haben bisher 10 092 Personen Unterkunft und Pflege gefunden. Joh. Steiner.

(11) Das Rothe Kreuz in Japan ging 1887 aus der 1877 gegründeten Wohlthätigkeitsgesellschaft „Haknaisha" hervor. Die Gesellschaft des Rothen Kreuzes zählt jetzt mehr als 600 000 Mitglieder, hat ein Jahreseinkommen von 4,5 Millionen Francs und erhält überdies zahlreiche Geldgeschenke. Das Centralkomitee befindet sich in Tokio, ausserdem bestehen Gouvernements- und Lokalkomitees. Die Mitglieder erhalten besondere Auszeichnungen. Die Gesellschaft besitzt ein grosses Spital in Tokio, in dem Krankenpfleger und -pflegerinnen, unter letzteren zahlreiche Frauen der besseren Gesellschaft, herangebildet werden, und zwei Spitalschiffe. Das japanische Rothe Kreuz betheiligt sich auch im Frieden an den Manövern und leistet bei Massenkatastrophen, Erdbeben, Ueberschwemmungen, Eisenbahnunfällen, Bränden, Epidemien u. dergl. m. Hülfe.
Kirchenberger.

(12) Sanitätsmajor Sahli weist zunächst auf die im eidgenössischen Militär-Sanitätsdienste derzeit noch bestehenden Lücken: die unzureichenden Vorsorgen für die Krankenzerstreuung und die Krankenunterbringung im Hinterlande hin.

Zur Ausfüllung dieser Lücken will Sahli, da eine Vermehrung der Sanitätstruppe in der Schweiz nicht mehr zulässig sei, das freiwillige Hülfswesen herangezogen sehen.

Nach Darlegungen über die Leistungsfähigkeit der einzelnen bestehenden schweizerischen Hülfsvereine kommt der Verfasser zum Schluss, dass vor Allem der Mangel an Centralisation und das Fehlen eines zielbewussten Arbeitsprogrammes zu tadeln sei. Deshalb soll die Armee-

leitung den Vereinen des Rothen Kreuzes ihre Aufgaben genau vorschreiben.

Ueberdies mangele es an der finanziellen Unterstützung dieser Vereine durch das grosse Publikum, eine Folge der durch die lange Friedensperiode genährten Indifferenz in dieser Beziehung.

Der Verfasser begrüsst den Entwurf des IX. Abschnittes der Sanitäts-Dienstordnung als einen wesentlichen Schritt zum Besseren. Nach diesem Entwurfe ist der schweizerische Centralverein des Rothen Kreuzes der Repräsentant des freiwilligen Hülfswesens der Armeeleitung gegenüber. Im Kriege wäre eine militärisch gegliederte Formation der freiwilligen Hülfe als „Sanitätskorps des Rothen Kreuz" aufzustellen. Dieses Korps hätte aus geeigneten freiwilligen und Landsturmleuten zu bestehen und zerfiele in eine Transport-, Spital- und Sammel-(Magazin-)Abtheilung.

Der Artikel schliesst mit einem Appell an die Oeffentlichkeit zur regeren Unterstützung des freiwilligen Hülfswesens.

(13) Der Bericht enthält nebst einer Darlegung der Thätigkeit der Geschäftsleitung, dann der Departements für die Instruktion (Samariterkurse, Pflegerinnenschule), für das Materielle (Barackenanschaffungen, Ausbau des Musterdepots) und für die Finanzen (Jahresrechnung) eine Uebersicht über die bestehenden Sektionen des Centralvereins, über den Schweizer Samariterbund, den Militär-Sanitätsverein und den gemeinnützigen Frauenverein.

Sodann folgt eine Anführung der Territorialkreise und Territorialärzte. Die Schweiz ist nämlich in neun Territorialkreise eingetheilt, denen je ein Sanitätsoffizier als Territorialarzt zugewiesen ist; dieser ist das vermittelnde Organ zwischen der Heeres- und der freiwilligen Sanitätspflege.

Zum Schluss werden die sehr interessanten Berichte der drei vom schweizerischen Rothen Kreuz zu den Boeren nach Südafrika gesandten Aerzte Dr. de Montmollin, Dr. König und Sanitätsoberleutnant Dr. Suter, mitgetheilt. Jedem dieser Berichte ist auch eine Kasuistik der wichtigsten beobachteten Kriegsverletzungen angefügt.

(14) Der Artikel behandelt die bevorstehende Reorganisation des freiwilligen Hülfsvereinswesens in der Schweiz (siehe oben) und berichtet über den im März und April 1901 in Bern abgehaltenen ersten Territorial- und Etappenkurs.

In diesem Kurse werden die neugeschaffenen Territorialärzte von Generalstabsoffizieren über den militärischen, vom Chef des Hülfsvereinswesens über den sanitären Theil des Hinterland- und Etappendienstes belehrt. Joh. Steiner.

(15) B. J. C. R. Tome XXXII No. 125 enthält u. A.:

1. Schilderungen der Wirksamkeit des R. K. bei den Expeditionen nach China seitens Deutschlands, Frankreichs und Russlands.

2. einen kurzen Abriss über die sanitären Verhältnisse in China unter Berücksichtigung des Klimas und der besonders zu fürchtenden Krankheiten wie typhöse Fieber, Variola und Dysenterie;

3. Mittheilungen über die Errichtung verschiedener Komitees der Gesellschaft des Rothen Kreuzes in Dänemark und deren Thätigkeit in Dänemark selbst;

4. die Thätigkeit des R. K. in Spanien, Italien und Japan, und

5. in den Vereinigten Staaten, in welchen die Gesellschaft jetzt offiziell anerkannt ist und besonders bei der Katastrophe in Galveston segensreich wirkte, als es 500 Waisenkinder zu versorgen galt;

6. über die Thätigkeit der Krankenpflegerinnen in den Ambulanzen im südafrikanischen Kriege. Die Skizze erörtert den Unterschied zwischen den nurses der Army-Nursing-Service, welche in Friedenszeiten in den Lazarethen ausgebildet werden und uniformirt sind, sowie den zur Reserve ausgebildeten nurses, welche bei ihrer Einberufung auch obige Uniform anlegen, und den ausserdem in Afrika aufgetretenen, mit jenen nicht zu verwechselnden freiwilligen Krankenpflegerinnen. Diese waren nur hinderlich und schädlich und mussten entfernt werden.

Aus Tome XXXII No. 126 ist bemerkenswerth eine kurze Schilderung der in Deutschland und Frankreich vom Rothen Kreuz ausgerüsteten Lazarethschiffe und der in China bezw. Japan errichteten Hospitäler sowie ein Bericht über die Wirksamkeit derselben.

No. 127 liefert eine kurze Beschreibung der von verschiedenen Gesellschaften des R. K. adoptirten Uniformen der freiwilligen Krankenpfleger und -pflegerinnen. Dieser Beschreibung sind beigegeben Abbildungen der Uniformen von deutschen, französischen, italienischen, österreichischen, spanischen, englischen und dänischen Mitgliedern der Gesellschaft des R. K.

B. J. C. R. No. 127. Aus einem Bericht über die Thätigkeit der niederländischen Ambulanzen des Rothen Kreuz in Südafrika von Dr. Romeyn,*) betr. die sanitären Vorkehrungen und Ausrüstungen der Boeren, sind einige Mittheilungen bemerkenswerth über die Ausstattung der Sanitätszüge, die in Transvaal vorbereitet waren. Dr. Romeyn empfiehlt statt der mitgeführten komprimirten Watten und Gazen in Paketen, im Voraus fertige Verbände, ferner die komprimirten Arzneimittel und ist überzeugt, dass das Verbot des Verkaufs von Spirituosen von der günstigsten Wirkung auf die Gesundheit der Truppen war. Dr. Romeyn ist ferner der Ansicht, dass das Kaliber der Handfeuerwaffen an seiner niedrigsten Grenze angekommen ist, wie die meist geringfügigen und schnell heilenden Verletzungen lehrten.

B. J. C. R. Tome XXXII No. 128. Aus dem Bericht über die Expedition der Schweizer Gesellschaft des R. K. nach Transvaal der Dr. Montmollin, König und Suter sind neben kurzen Umrissen über die ärztliche Thätigkeit mehrere Mittheilungen über missbräuchliche Hissung des Rothen Kreuzes bemerkenswerth. Es wird daher die genaue Belehrung über die Bestimmungen der Genfer Konvention schon in Friedenszeiten empfohlen, ferner eine gründliche Revision dieses Vertrages selbst. Dr. Suter räth zur Beschaffung reichlicher Mittel auch in der Schweiz, damit die Wiege des Rothen Kreuzes nicht hinter den anderen Mächten zurückzustehen brauche. So—r.

(16) Das schwedische Rothe Kreuz besass seit 1891 ein Schwesternheim in gemietheten Räumen, welche 1899 gekündigt wurden. Es ist nunmehr ein eigenes Haus für 215 000 Kronen gekauft, welches ausser den Schwestern schon jetzt 15 Kranke aufnehmen kann.

Ein besonderes Reglement bestimmt über Aufnahme, Ausbildung, Pflichten und Gehalt; Pensionirung ist nicht erwähnt. Für die Kranken sind auch Bestimmungen gegeben, woraus erwähnt sein mag, dass ein Zimmer für einen einzelnen Patienten 7 Kronen pro Tag kostet.

Stechow

*) Siehe Roths Jahresbericht für 1900 S. 169 bis 172.

VIII. Gesundheitsberichte.

A. Friedensberichte.

Siehe auch unter II. 4 (4).

1) Sanitätsbericht über die Königlich Preussische Armee, das XII. (Königlich Sächsische) und das XIII. (Königlich Württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1897 bis zum 30. September 1898. Bespr. D. m. Z. S. 421. — 2) Sanitätsbericht über die Königlich Bayerische Armee für die Zeit vom 1. Oktober 1896 bis 30 September 1897. München. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 156. — 3) Myrdacz. Internationale Militär-Sanitätsstatistik. M. A. No. 13 u. 14. — 4) Statistik der Sanitätsverhältnisse der Mannschaften des k. u. k. Heeres 1900. Wien. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 201. — 5) Sanitätsbericht über die Kaiserlich Russische Armee für das Jahr 1899. St. Petersburg. — 6) Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1899. XXXVI. Paris. — 7) Report for the year 1899. With appendix. Volume XLI. London. — 8) Statistisch Overzicht der behandelnde Zieken van het Nederlandsche Leger hier te Lande in het Jaar 1900. 'S Gravenhage. nebst Supplément à la statistique médicale de l'armée néederlandaise pendant l'année 1900, somme contribution à la statistique médicale militaire internationale. La Haye. — 9) Statistique médicale de l'armée Belge. En 1900. Bruxelles. — 10) Notizie sommarie sulla statistica sanitaria del Regio Esercito per l'anno 1898. G. m. No. 1. — 11) Sforza. Sulla uniformita delle statistica sanitarie militari. G. m. No. 2. — 12) Relazione medico-statistica sulle condizioni sanitarie del Regio esercito nell' anno 1899, compilato dall' ispettorato di sanità militare. Roma. — 13) Kjellberg. Ueber Alkoholerkrankungen bei garnisonirten Truppen in Schweden nach offiziellen statistischen Angaben. T. M. H. S. 143. — 14) Rekrutirungs-Statistik der norwegischen Armee für 1900, herausgegeben vom Kriegsministerium. Christiania. Besp. T. M. H. S. 75. — 15) Derselbe. Aus den Rapporten betr. Untersuchung von Wehrpflichtigen in Schweden. T. M. H. S. 200. — 16) Derselbe. Ueber Tuberkulose in der schwedischen Armee. T. M. H. S. 347.

(3) Die im August 1900 in Paris stattgehabte Versammlung der internationalen militärärztlich-statistischen Kommission, bei welcher 12 Staaten durch 15 Militärärzte vertreten waren, beschloss, die Tabelle I der internationalen Militär-Sanitätsstatistik, betreffend die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung der Wehrpflichtigen, aufzulassen und von der Forderung der strengen Uniformität der Statistik Abstand zu nehmen, indem es lediglich als höchst wünschenswerth bezeichnet wurde, dass sich die internationalen Beiträge der verschiedenen Armeen den bereits früher vereinbarten Tabellenmustern möglichst annähern mögen. Die Vertreter Deutschlands, Frankreichs und Spaniens erklärten sich sodann bereit, bei ihren Regierungen dahin zu wirken, dass nunmehr auch ihrerseits die internationalen statistischen Beiträge bearbeitet und versendet werden, was seitens Frankreichs auch thatsächlich bereits geschehen ist. Gedruckte Beiträge wurden zuvor nur von Oesterreich-Ungarn, Italien, Russland, England, den Niederlanden und den Vereinigten Staaten von Nordamerika geliefert. Kirchenberger.

(5) Die Iststärke der Russischen Armee im Jahre 1899 betrug rund 42 537 Offiziere und 1 040 750 Mann. Der Krankenzugang belief sich auf 310,05 ‰ der Iststärke, gegen 302,6 im Vorjahre und umfasste: a) Offiziere: erkrankt 18 029, gestorben 265; b) Mannschaften: erkrankt 322 686, in Abgang gekommen durch Tod an Krankheiten 4629, durch Dienstunbrauchbarkeit 24 967, durch Unglücksfall 270, durch Selbstmord 135. Gesammtverlust der Armee 30 001 Mann; darunter 5043 Todesfälle. — Im Revier behandelt wurden 32 458, in Heilanstalten verschiedener Art 290 228 Mann. Ausserdem wurden ambulant behandelt 2 050 638 Mann (= 1970 ‰ der Iststärke). — Der tägliche durchschnittliche Krankenbestand betrug 23,9 ‰, die durchschnittliche Behandlungsdauer in Heilanstalten 26,3 Tage.

Unter den Krankheitsgruppen machen folgende 8 Gruppen zusammen 88,7 ‰ der gesammten Krankheiten aus: Infektionskrankheiten, Krankheiten der Athmungsorgane, der äusseren Bedeckungen, venerische, Krankheiten der Verdauungs-, der Empfindungs-, der Bewegungsorgane und mechanische Verletzungen; zusammen 271 216 Mann. An der Spitze steht Wechselfieber nebst Malariakachexie mit 39 253 Fällen = 59 % aller Infektionskrankheiten bezw. 12,8 % des gesammten Krankenbestandes.

Die Sterblichkeit ist vorwiegend durch Krankheiten der Luftwege und durch Infektionskrankheiten bedingt. Diese zwei Gruppen umfassen zusammen 3183 Todesfälle = 74,2 % der Gesammtmortalität. Vorherrschend ist Typhus mit 1037 Todesfällen (24,2 % der Sterblichkeitsziffer). — Die Dienstunbrauchbarkeitsentlassungen sind vorwiegend durch Lungenkrankheiten (32 %) bedingt: Katarrhe, Tuberkulose, Pleuritis. — Die günstigsten Monate waren für Morbidität: Juni, für Mortalität: Juli, die ungünstigsten: Dezember bezw. Oktober. — Von den Dienstjahren brachte das erste die meisten Verluste an Tod und Dienstunbrauchbarkeit. Alsdann von Jahr zu Jahr Abnahme. Auch die Selbstmordchronik zeigt dieselbe Erscheinung. — Nach Waffengattungen betrachtet, zeigten nächst den Militärgefängnissen die ungünstigsten Verhältnisse: Die Kosakentruppe und das Geniekorps; die geringste Morbidität hatte die Kavallerie.

Krankheitsarten. Wechselfieber grassirte besonders in Turkestan und im Kaukasus. In Transkaspien zeigte es vorwiegend die ikterohämoglobinurische Form. Durch schwere und rezidivirende Formen fiel der Militärbezirk Odessa auf. — Grippe steht dieses Jahr nicht im Vordergrunde. — Diphtherie erschien ganz vereinzelt (57 Fälle). — Epidemische Parotitis und Dysenterie hielt sich in mittleren Grenzen. — Typhus spielte eine bedeutende Rolle: Von 6639 Kranken starben 1037, wurden dienstunbrauchbar 682. Als Seuchenquellen fungirten ausser den allgemein bekannten Faktoren noch zwei speziell russische Einrichtungen: Die Beurlaubungen auf freiwillige Sommerarbeit und die alljährlich in den Sommermonaten bezogenen Lager mit der nicht seltenen Verseuchung ihrer Umgebung, dem unkontrollirbaren Wäscheverkehr u. s. w. Unter den Gegenmaassregeln ist das völlige Verbot der Sommerarbeit hervorzuheben, was beim Gardekorps nachstehenden erstaunlichen Erfolg erzielte:

Typhusfälle im Jahre:	1896	1897	1898	1899
Mann:	209	139	193	78

Zur Bekämpfung der Seuche wurden Kommissionen von Militärärzten und Civilärzten aus der Lokalbevölkerung eingesetzt. Im übrigen die bekannten Gegenmaassnahmen. Als Getränk Kwass, Thee und abgekochtes

Wasser. — An Flecktyphus erkrankten 238, an Rückfalltyphus 38 Mann. Pocken spielten eine untergeordnete Rolle (165 Fälle). Rose: 2646 Erkrankungen. — Pendingeschwür fehlt diesmal.

Eine erschreckende Höhe zeigten die venerischen Krankheiten mit 37 688 Fällen, d. i. 37,9 ‰ der Iststärke, darunter 12 270 Syphilitiker. Die Bedingungen für die Zunahme (im Vorjahre: 36,3 ‰) werden im Anwachsen der geheimen Prostitution, besonders bei den Menschenanhäufungen des sibirischen Bahnbaues gesucht, sowie in der von den Chinesen unterstützten offenen Prostitution in der Provinz Kwantun (Port Arthur). — Skorbut ist mit 822 Erkrankungen vertreten. Ausser hygienischen Allgemeinmaassregeln wurden stellenweise Behandlungen mit defibrinirtem Blut oder volksthümlichen Mitteln, besonders rohem Knoblauch, angewandt. — Unter den Magendarmkrankheiten sind 3 Massenerkrankungen hervorzuheben: 39. Tomsker Infanterie-Regiment mit 583 Mann; stürmische, etwa neunstündige Enteritis mit Fieber und nervösen Erscheinungen. Mogilewsches Regiment mit 390, Smolensker Regiment mit 40 ähnlichen Fällen. Grund: Biwaks in Sumpfniederungen. Uebermässige Arbeitsleistung. — Für die Erkrankungen der Athmungsorgane (Tuberkulose mit 3425 Erkrankungen und 823 Todesfällen) wird unter Anderem der schwere Wachtdienst (s. unten) angeschuldigt. — Augenkrankheiten 16 482 Mann (16,6 ‰). Die Trachomverbreitung (5736 Fälle) beginnt nach Ansicht des Berichtes bereits beim Rekrutentransport, dazu kommen als günstige Bedingungen die Schwierigkeit der Isolirung von Kranken, die Staubluft und schlechte Beleuchtung in den Kasernen, die starke Sonnenbestrahlung in den Lagern und Anderes mehr. — Unter den Hautkrankheiten hat sich Krätze von 9,5 auf 11,0 ‰ gesteigert. — Ohrenkrankheiten: Erkrankt: 9118 Mann = 9,2 ‰ (Vorjahre 8,2 ‰), dienstunbrauchbar geworden 1769, gestorben 56 Mann.

Den Entlassungen als dienstunbrauchbar (a. frontdienstunfähig, b. auf Zeit beurlaubt, c. mit Abschied entlassen) lagen überwiegend allgemeine Körperschwäche, Lungenleiden und Unterleibsbrüche zu Grunde, den — nicht ganz seltenen (11,1 %) — Beanstandungen einberufener Rekruten: Augenleiden, Ohrenkrankheiten und wiederum Brüche. — Von Operationen wurden ausgeführt 65 363, davon 40 122 kleinerer, 25 241 grösserer Natur. Ausgang: 98,5 % günstig, 0,6 % ungünstig, 0,9 % unbekannt.

Unter den Kurorten ist neben Bädern, Wasserheilanstalten u. s. w. eine Kumysheilstätte beim Omsker Militärhospital zu nennen, die meist von Lungenkranken benutzt wird. Jahresverbrauch 839,6 Eimer, d. i. pro Kopf 12,6 Eimer Kumys. Zubereitung durch Kirgisen.

Die Sanitätsausrüstung der Armee hat sich in vielen Punkten verbessert. Unter den angeschafften Apparaten werden häufig der Desinfektor von Schimmelbusch, die Waschmaschine Niagara, sowie die Mikroskope von Zeiss und Leitz erwähnt. Vielfach sind Desinfektionskammern eingerichtet, ferner Isolirabtheilungen für Infektionskrankheiten, für Tuberkulöse, und Trachomatöse.

Sehr beachtenswerth ist die Einrichtung von zahnärztlichen Kabinetten bei mehreren Heilanstalten. Zu ihrer Ausstattung gehört u. A. ein komplettes Instrumentarium für Plombirungstechnik.

Die Lagerhygiene umfasste theils Neuanlagen („Skobelew"sches Lager unweit der Brest—Litowsker Bahn), theils Verlegungen, Assanirungen, Brunnen-, Abort- und Barackenbauten. — Die Verpflegung wurde auf-

gebessert, bei einzelnen Truppentheilen bis zur 3 maligen Verabfolgung warmer Kost am Tage. Viel Suppen, Fleisch, Buchweizengrütze, auch Konserven. Es tritt immer mehr das Selbstbewirthschaftungssystem hervor, das sogar bis zur Anlage von Regiments-Gemüsegärten geht. — Neu eingeführt ist in allen Sanitätsanstalten probeweise auf 3 Jahre durch kriegsministerielle Verfügung vom 9. 2. 99, J. N. 61, das sogenannte Traktir- (d. i. etwa „Restaurations-") System, welches den Arzt in die Lage setzt, genau kurgemässe Diät zu verordnen. Der schwierige Punkt ist aber häufig der Mangel an guten Köchen. — Die sanitäre Regelung des Dienstes wurde besonders betont, seit z. B. bei der 27. Infanterie-Division festgestellt war, dass die Leute 9 bis 10 Nächte im Monat durch Wachtdienst einbüssten. Im Uebrigen Fürsorge für Bildung, Zerstreuung, Belustigung der Leute, nicht zum wenigsten auch mit Hinblick auf die Bekämpfung des Alkoholismus. — Mehrere Extrakommandos, nämlich von 20 Kosakensotnien und mehrere Infanterie-Kompagnien an die persische und afghanische Grenze — gegen Räuberunwesen, Pestgefahr und Viehseuchen — hatten keine nachtheiligen Einflüsse für den Gesundheitszustand der Leute.

Gegen die Pesteinschleppung wurde ausser scharfen allgemeinen Quarantänemaassnahmen an Vorkehrungen getroffen: Aufstellung eines Sanitätskommandos (8 Beobachtungspunkte) und 12 Behandlungsstationen mit 18 Aerzten und 25 Feldscheren) längs der ostchinesischen Bahn; Bildung eines Militärkordons auf den Höhen von Naugali (Bahnbauten); sogenannte Brandwachten in den Häfen. Entsendung von 10 Aerzten, 9 Schwestern, 10 Feldscheren nach dem Amurbezirk. — Für Rinderpestimpfungen wurden zwei Institute (Tiflis und Tschiti) in Transbaikalien errichtet. — Umfangreiche Pferdeuntersuchungen auf Rotzkrankheit.

Blau.

(6) Die Iststärke der französischen Armee (einschl. Offiziere) betrug im Jahre 1899 530 357 Mann. Der Zugang an Leichtkranken (à la chambre) betrug 552 283 Mann = 1079 ‰ K. (im Jahre 1898 1066 ‰), an Revierkranken (à l'infirmerie) 202 626 = 396 ‰ (381 ‰), an Lazarethkranken 130 696 = 216 ‰ (197 ‰). Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug in der Infirmerie 10,4, in den Lazarethen 26,3 Tage. Unter den Lazarethkranken waren am meisten vertreten Katarrhe der oberen Luftwege mit 16,4 ‰, Rheumatismus mit 14,1 ‰, Typhus mit 11,6 ‰, Masern mit 9,5 ‰ und Malaria mit 7,1 ‰ K. Gestorben sind im Ganzen 3288 Mann = 5,43 ‰ K. (1898 4,98 ‰), einschliesslich 158 Selbstmorde und 193 Unglücksfälle. 2459 Todesfälle entfallen auf Frankreich selbst = 4,72 ‰ K. (4,41 ‰), 829 auf Algier-Tunis = 9,78 ‰ K. (9,03 ‰). Die Sterblichkeit betrug im Jahre 1872 8,97 ‰ und ist seitdem ziemlich konstant auf die oben genannte Zahl gesunken. (In der preussischen Armee ist die Mortalität von 6,7 ‰ im Jahre 1873/74 im regelmässigen Abfall auf 2,2 ‰ im Jahre 1898/99 herabgegangen.) 30,5 pCt. aller Todesfälle waren durch Typhus, 15,2 pCt. durch Tuberkulose, 6,5 pCt. durch Pneumonie veranlasst.

Der Zugang an Typhus betrug in der ganzen Armee 7071 = 11,67 ‰ K., und zwar im Inlande 8,35 ‰ (gegenüber 5,98 ‰ im Vorjahre) und 32,07 ‰ in Algier-Tunis (23,47 ‰). Die Gesammtmortalität belief sich auf 1001 Todesfälle = 1,65 ‰; davon entfielen 625 = 1,19 ‰ auf Frankreich selbst und 376 = 4,43 ‰ auf Algier-Tunis. (In der preussischen Armee belief sich im Jahre 1898/99 die Typhusmorbidität auf 1,3 ‰, die

Mortalität auf 0,17 ‰ K.) Von grösseren Epidemien wurden u. a. heimgesucht Paris mit 440 Typhuserkrankungen = 19,01 ‰ K.; die grösste Epidemie herrschte in Saint-Maixent (IX. Armeekorps, Tours), wo bei einer Kopfstärke von 1523 Mann 331 Typhuserkrankungen = 217 ‰ K. mit 43 Todesfällen = 28,2 ‰ K. oder 12,9 pCt. M. in Behandlung kamen. Sowohl diese wie die Pariser Epidemie wird auf infizirtes Trinkwasser zurückgeführt.

Die Scharlacherkrankungen nehmen in der französischen Armee fast dauernd zu; ihre Zahl ist von 0,3 ‰ im Jahre 1875 regelmässig — mit 3 kurzen Remissionen — auf 6,06 ‰ im Berichtsjahre gestiegen. Das IV. (Le Mans), XVII. (Toulouse), XII. (Limoges) Armeekorps sowie das Gouvernement Paris weisen über 12 ‰ K. Zugänge an Scharlach auf. Im preussischen Heere weist die höchste Zugangsziffer das Jahr 1881/82 mit 1,9 ‰ K. auf, seitdem ist sie nur selten wieder über 1,0 ‰ gestiegen; im Jahre 1898/99 betrug sie 0,79 ‰. Auch an epidemischer Ohrspeicheldrüsenentzündung zeigt die französische Armee bedeutend höhere Zugänge als die preussische. Im Berichtsjahre kamen somit 5798 Mann = 9,57 ‰ in Behandlung. Von den letzten 12 Jahren wies den höchsten Zugang das Jahr 1893 mit 15,79 ‰, den niedrigsten das Jahr 1898 mit 8,32 ‰ K. auf. Bei uns ist erst seit Einführung des neuen Rapportmusters die Zugangszahl an Mumps zu ersehen; sie betrug in den drei Jahren 1896/97 bis 1898/99 je 0,65 bis 1,1 und 0,98 ‰ K.

An Diphtherie erkrankten 392 Mann = 0,64 ‰ K., starben 30 = 7,6 % M. Seit dem Jahre 1894 zeigt sowohl die Morbiditäts- wie die Mortalitätsziffer eine nicht unbeträchtliche Abnahme.

An Tuberkulose erkrankten 3520 Mann = 5,81 ‰ K. (im Jahre 1897 = 6,84, 1898 = 6,47 ‰). Im Ganzen sind 4170 Mann = 6,88 ‰ dem Heere infolge Tuberkulose verloren gegangen, darunter 498 = 0,82 ‰ gestorben.

Die Zahl der Erkrankungen an Mandelentzündung ist von 31,9 ‰ im Jahre 1888 fast stetig auf 60,0 ‰ im Berichtsjahr gestiegen. Die einzelnen Armeekorps zeigen grosse Verschiedenheiten; am geringsten war der Zugang in den afrikanischen Divisionen (rund 20,0 ‰), am höchsten im IX. Armeekorps (Tours) mit 111,13 ‰.

Von 20 771 venerischen Erkrankungen = 34,3 ‰ K. entfielen 4785 = 7,9 ‰ auf Lues, 3566 = 5,9 ‰ auf weichen Schanker und 12 420 = 20,5 ‰ auf Tripper. Während Syphilis seit dem Jahre 1876 keine wesentliche Abnahme zeigt, ist der Zugang an Tripper von 42,5 ‰ im Jahre 1876 auf 20,5 ‰ im Berichtsjahre gesunken. Die afrikanischen Korpsbezirke zeigen die meisten Zugänge an venerischen Erkrankungen (Algier 83,5, Constantine 91,8 ‰ K.), von den inländischen stehen das XV. Korps (Marseille) mit 47,4 ‰ und das III. (Rouen) mit 55,4 ‰ K. am ungünstigsten.

Durch Selbstmord endeten 158 Soldaten = 2,6 ‰ K. das Leben; davon 127 in Frankreich selbst = 2,4 ‰ und 31 in Afrika = 3,7 ‰ K. Die Zahl der Selbstmorde hält sich seit Jahren auf ziemlich der gleichen Höhe.

(7) Die Iststärke der gesammten englischen Armee — mit Ausnahme der in Südafrika kämpfenden Truppen — betrug im Jahre 1899 201 004 Mann einschl. Offiziere. Davon entfallen auf England und Wales 73 660, Schottland 4253, Irland 21 919, also in den vereinigten Königreichen zu-

sammen 99 832 Mann. Die folgenden Angaben beziehen sich nur auf diese Truppen.

Die Zahl der Zugänge betrug 66 948 = 670,6 ‰ K., der Todesfälle 445 = 4,30 ‰ K. Im Durchschnitt der Jahre 1889/98 betrug die Zugangsziffer 712,5, die Sterbeziffer 4,32 ‰ K. Die durchschnittliche Behandlungsdauer belief sich im Berichtsjahre auf 20,1 Tage.

An Scharlachfieber waren 353 Erkrankungen mit 7 Todesfällen = 3,5 bezw. 0,07 ‰ K. zu verzeichnen. Diphtherie ist nur 28 mal (darunter einmal tödlich), „enterik fever“ 103 mal (26 mal tödlich) vorgekommen. Von grösseren Epidemien ist das Heer verschont geblieben.

Ueber andere „continued fevers“ wird 309 mal = 3,1 ‰ K. berichtet; 5 mal verlief die Erkrankung tödlich. Wegen Malaria gingen 905 Mann zu = 9,1 ‰ K., es starben davon 4. Die Zahl der Erkrankungen an Tuberkulose betrug 284 mit 61 Todesfällen = 2,8 bezw. 0,59 ‰ K. (gegen 2,5 bezw. 0,48 ‰ im Jahre 1898). In England und Wales belief sich die Erkrankungsziffer auf 2,9 in Schottland auf 3,5, in Irland auf 2,6 ‰ K. Seit 1886, wo der Zugang an Tuberkulose 3,9 ‰ betrug, ist derselbe ziemlich konstant herabgegangen bis zum Jahre 1886 (2,4 ‰), um dann in den nächsten beiden Jahren wieder etwas zu steigen (2,5 bezw. 2,8 ‰ K.).

An Syphilis sind im Ganzen erkrankt 5125 Mann = 51,3 ‰, an weichem Schanker 1115 = 11,2 ‰, an Tripper 5978 = 59,9 ‰ K. Insgesammt erkrankten also an venerischen Krankheiten 12218 = 122,4 ‰ K., d. i. 10,3 ‰ weniger als im Jahre 1898 und 58,4 ‰ weniger als im Durchschnitt der letzten 10 Jahre. Von den grösseren Garnisonen steht Belfast mit einem Zugange von 302,7 ‰ K. am ungünstigsten; es folgen Dublin (284,7 ‰), Devonport (243,8 ‰), London (206,8 ‰). In der preussischen Armee beträgt im Jahre 1898/99 der höchste Zugang an venerischen Erkrankungen 55,3 ‰ K. (in Hamburg-Altona). An Alkoholismus (einschl. Delir. trem.) litten 213 Mann (7 Todesfälle) = 2,1 ‰ K. (in Preussen 0,12 ‰ K.). Durch Selbstmord endeten ebenso wie im Vorjahre 24 Mann.

Als Invalide sind im Ganzen 1876 Mann = 18,12 ‰ K. entlassen worden. Von den Truppen in den verschiedenen Kolonien hatten diejenigen auf Malta bei einer Kopfstärke von 8609 Mann 7399 Erkrankungen aufzuweisen = 859,4 ‰ K. mit 74 Todesfällen = 8,60 ‰ K.; in Egypten und Cyprus betrug die Iststärke 3959 Mann, von denen 2757 = 696,4 ‰ erkrankten und 41 = 10,36 ‰ starben; in China kommen bei 1643 Mann Kopfstärke 2814 Krankheitsfälle = 1712,7 ‰ und 20 Todesfälle = 12,17 ‰ K. vor. Indien endlich zeigte bei 67697 Mann Iststärke 77 765 Erkrankungen = 1148,7 ‰ K.; 897 Mann starben = 13,25 ‰ K.

Aus dem „Appendix“ seien folgende Arbeiten hervorgehoben:

P. H. Whistor, Bemerkungen über 30 Fälle von Anshylostomiasis und ihre Behandlung mit Thymol; J. G. Mc. Naught, die Serumprobe bei der Diagnose der Fieber in Indien; Mc. Watters, zwei Berichte über den 8. und 9. Kongress der Gesellschaft der Militärärzte der Vereinigten Staaten in Kansas vom 27. bis 29. September 1899 und in New York vom 31. Mai bis 2 Juni 1900; endlich eine Reihe von Tabellen über die Resultate der Präventivimpfung bei Enterik fever im Jahre 1899.

(8) Gleichzeitig mit dem Sanitätsbericht für 1900 in der bisher üblichen Form sind auch als Supplement die internationalen statistischen

Tabellen für die niederländische Armee erschienen. Die folgenden Angaben sind diesen Tabellen entnommen.

Bei einer Kopfstärke (ausschliesslich Offiziere) von 26 170 Mann sind im Ganzen 32 982 Kranke = 1260 ‰ K. zugegangen; von diesen haben 18 159 = 693 ‰ der Lazarethbehandlung bedurft, die übrigen sind in ihren Quartieren behandelt worden, da es Revierstuben in der niederländischen Armee nicht giebt. Gestorben sind 80 Mann = 3,1 ‰ K., darunter 2 durch Selbstmord und 6 durch Unglücksfälle. 31 458 Mann sind geheilt und dienstfähig entlassen worden. Auf jeden Mann der Iststärke kommen 9,1, auf jeden Lazarethkranken 13,1 Behandlungstage. Sieht man von den nur wenige Hundert Mann umfassenden Spezialtruppen ab, so sind die meisten Erkrankungen (1553,1 ‰ K.) bei der Kavallerie vorgekommen; es folgt die Infanterie (1282,7 ‰ K.), die Festungsartillerie (1262,5 ‰ K.) und die Feldartillerie (984,8 ‰ K.). Den höchsten Krankenzugang weist der Monat März mit 1518 ‰ K., den niedrigsten der Dezember mit 664 ‰ K. auf. Von den grösseren Garnisonen mit über 1000 Mann Kopfstärke steht Leyden mit 1631 ‰ K. Gesammtkrankenzugang am ungünstigsten; Herzogenbusch (Bois-le-Duc) am günstigsten (690 ‰ K.); in Amsterdam sind von 1000 Mann der Iststärke 950, in Utrecht 1067 erkrankt. Hinsichtlich der Mortalität steht die letztere Garnison mit nur 1,4 ‰ K. Todesfälle am besten, Amsterdam mit 4,7 ‰ K. am schlechtesten. An Tuberculosis pulmonum, einschliesslich der chronischen Pneumonie und tuberkulösen Pleuritis, sind im Ganzen 100 Mann = 3,8 ‰ K. (nicht 38,4 ‰, wie fälschlich gedruckt ist), an Gonorrhoe 541 = 20,7 ‰ K., an Malaria 279 = 10,7 ‰ K., an Syphilis 117 = 4,5 ‰ K. erkrankt. Von 16 Erkrankungen an Unterleibstyphus ist keiner tödlich verlaufen. —

In der „Statistisch Overzicht“ befinden sich einige Beilagen, deren Inhalt nicht ohne Interesse ist. Beilage II giebt eine Uebersicht über die Impfresultate in der niederländischen Armee. Im Jahre 1900 sind 6 Leute zum ersten Male geimpft, alle mit gutem Erfolg; bei 11 214 Leuten ist die Wiederimpfung vorgenommen, davon 4803 mal mit gutem, 2392 mal mit unvollkommenem und 4019 mal ohne Erfolg. 592 Mann haben sich geweigert, die Impfung vornehmen zu lassen, theils aus „Gewissenszweifel“ und Furcht vor den Folgen, theils wegen Verbotes der Eltern. 92 von ihnen haben auf Vorstellungen hin die Weigerung aufgegeben, während 500 = 4,26 pCt. aller Impfpflichtigen ohne Impfung geblieben sind. — Beilage III enthält einen Bericht über die Thätigkeit des bakteriologischen Laboratoriums in Weltevreden. Erwähnt sei, dass die Nachprüfungen des Schumburgschen Wasserreinigungsverfahrens zu dem Resultat geführt haben, dass diese Methode dort, wo eine Wasserbeschaffung ausgeschlossen ist, gute Dienste zu leisten im Stande sei.

Schliesslich ist eine grössere Tabelle über die Körpergrösse und das Körpergewicht von 28 036 Soldaten beigefügt. Aus der dankenswerthen Zusammenstellung ist zu entnehmen, dass die meisten Mannschaften eine Grösse zwischen 161 und 174 cm, und ein Gewicht zwischen 54 und 67 kg gehabt haben. Es wird daraus gefolgert, dass im Durchschnitt der Unterschied zwischen den Zahlen, welche die Körpergrösse (in cm) und das Gewicht (in kg) angeben, 107 beträgt; dies dürfte in der That den durchschnittlichen, normalen Verhältnissen mehr entsprechen, als die von Robert und Allaire aufgestellte Forderung, dass das Gewicht in kg der Zahl der cm entsprechen soll, um welche die Körperlänge 1 m

übersteigt. Des Weiteren ist berechnet, welchen Gewichtsgruppen die meisten Leute jeder Längengruppe angehört haben, und daraus das Durchschnittsgewicht für jede Körpergrösse gefolgert, z. B. für 161 cm 55 kg, für 165 cm 58 kg, für 174 cm 64,5 kg. Aus diesen Zahlen wird der Schluss gezogen, dass mit zunehmender Körpergrösse die Differenz der beiden obengenannten Ziffern fast kontinuirlich zunimmt; in den drei obigen Beispielen beträgt sie 106, 107 und 109,5.

Die weiteren, unseres Erachtens etwas künstlich konstruirten Bezeichnungen zwischen den verschiedenen Zahlenwerthen entbehren weitergehenden Interesses.

(9) In der belgischen Armee werden fast alle Kranken den Lazarethen überwiesen; nur diejenigen Fälle, deren Behandlung 2 oder 3 Tage nicht übersteigt, bleiben in ihren Kasernenquartieren (à la chambre). Bei einer Kopfstärke von 45 065 Mann betrug im Jahre 1900 der Zugang a) in die Lazarethe 486,6 ‰ K. (1899 nur 471,9 ‰); nach Abzug der Rückfälle, der zur Beobachtung aufgenommenen und Krankheiten vortäuschenden Leute 378,2 (370,4) ‰; b) à la chambre 724,1 (838,9) ‰.

Die Zahl der Behandlungstage betrug für jeden Kranken a) 16,38 (16,73), b) 2,39 (2,40).

Der mittlere Krankenstand belief sich a) auf 984,01 (941,70), b) auf 213,65 (240,88) Mann.

Die meisten Zugänge hatten, wie im Vorjahre, die Krankheiten der Verdauungsorgane; es folgen Verletzungen, Athmungsorgane, Augen, Haut. Diese fünf Gruppen umfassen 60,78 (59,73) pCt. aller Kranken.

Gestorben sind 96 (82) Kranke = 2,1 ‰ K. (1,9 ‰) oder 5,1 ‰ M. (4,7 ‰); 26 = 27,08 (19,28) % aller Todesfälle entfielen auf Typhus, 18 = 18,75 (18,07) % auf Lungentuberkulose, 7 = 7,29 (7,25) % auf epidemische Genickstarre. Ausser militärärztlicher Behandlung starben 37, davon 18 auf Erholungsurlaub, 1 auf gewöhnlichem Urlaub und 1 in einer Heilanstalt. Von den 17 in der Kaserne Gestorbenen endeten 6 durch Unglücksfälle, 7 durch Selbstmord und 4 durch Krankheit.

Aus dem Dienst entlassen wurden 626 Mann = 13,9 (13,3) ‰ K., davon 449 = 10,0 (9,1) ‰ als dienstunbrauchbar, 104 = 2,3 (2,2) ‰ als zeitig invalide und 63 = 1,3 (1,5) ‰ als dauernd invalide. Der Grund der Entlassung war u. A.: Hernien bei 19,65 %, chronische Ohrerkrankungen bei 9,27 %, Lungentuberkulose bei 8,63 % aller Ausgeschiedenen.

Von den 22 Garnisonen hatten 6 keine Typhuserkrankungen aufzuweisen; die meisten Zugänge zeigte Arlon (Aarlan) mit 37,2 ‰ K. bei einer Iststärke von 995 Mann. Antwerpen hat bei 8206 Mann Kopfstärke nur 13 Typhuserkrankungen = 1,6 ‰ K. gehabt.

An Lungentuberkulose hatte von den grösseren Garnisonen Louvain die meisten Zugänge (9,0 ‰ K.), es folgen Bruegge und Brüssel mit je 8,8 ‰ K., während der Zugang in Antwerpen nur 1,3 ‰ betrug. Syphilis ist im Ganzen 248 mal vorgekommen = 6,9 ‰ K., am ungünstigsten steht Vilvorol mit 20,1 ‰, bei allerdings nur 795 Mann Iststärke, demnächst Namur mit 12,9 ‰ und Malines (Mecheln) mit 10,0 ‰ K. Antwerpen und Brüssel stehen mit einem Zugang von 7,5 bezw. 7,2 ‰ K. ziemlich gleich.

(12) Die Iststärke des italienischen Heeres betrug im Jahre 1899 (1898) 206 429 Mann (234 756); der Krankenzugang betrug 162 226 (175 042), davon 153 763 = 745 ‰ K. (710 ‰) wegen Krankheit und

8463 zur Beobachtung. Auf die verschiedenen Krankenanstalten vertheilen sich die Zugänge folgendermaassen: „ospedali militari“ 75 656 Zugänge mit 589 Todesfällen = 7,79 ‰ M., „ospedali civili“ 11616 Zugänge mit 175 Todesfällen = 15,07 ‰ M. und „infermerie di corpo“ 66 491 Zugänge mit 9 Todesfällen = 0,14 ‰ M.

Von den Truppengattungen hatten die Granadieri den höchsten Zugang mit 1036 ‰ K. bei allerdings nur 2059 Mann Iststärke. Die Linien-Infanterie hatte 821 ‰, die Bersaglieri 965 ‰, die Kavallerie 832 ‰, Feldartillerie 803 ‰ und die Festungsartillerie 738 ‰ K. Krankenzugang. Die Landgendarmerie (Carabinieri, Legione territoriale, eine Elitetruppe, welche im Frieden Gendarmeriedienste leistet, im Kriege zum Ordonnanz- und Sicherheitsdienst verwendet wird) hatte bei einer Kopfstärke von 22 379 Mann nur 5945 Kranke = 266 ‰ K. und steht damit, ebenso wie im Vorjahre, am günstigsten.

Von den Divisionsbezirken hat Ravenna mit 907 ‰ K. den höchsten Zugang; über 800 ‰ K. Erkrankungen weisen Neapel, Bologna, Rom, Piacenza und Catanzaro auf; am günstigsten liegen die Verhältnisse in Padua, Livorno, Genua, Salerno, Chieti und Novara.

Gestorben sind im Ganzen 1001, davon an Pocken, Masern und Scharlach 21, Typhus 201, Malaria 15, Lungentuberkulose 70, Tuberkulose anderer Organe 43, anderen Lungenkrankheiten 214, epidemischer Genickstarre 48, Unglücksfällen 77, durch Selbstmord 49.

Behandelt sind an Typhus 1113, Tuberkulose 354, Malaria 7499, darunter 6184 wegen akuter und 1315 wegen chronischer Malaria; am stärksten waren die Bezirke Cagliari, Bari und Catanzaro, am wenigsten Brescia, Cuneo und Turin befallen.

Der Zugang an venerischen Krankheiten betrug 19 287 Mann = 93,4 ‰ K. (1898 = 96,0 ‰), darunter 7001 mit frischem Tripper, 6354 mit weichem Schanker und 3018 mit Syphilis. Von den grösseren Garnisonen hatten den höchsten Zugang an venerischen Krankheiten Messina (231,6 ‰), Neapel (221,0 ‰), Salerno (179,2 ‰) und Palermo (171,4 ‰); am günstigsten stehen Padua (46,7 ‰), Novara (50,7 ‰) und Verona (63,5 ‰). Schwiening.

(13) Ueber Alkoholerkrankungen bei garnisonirten Truppen in Schweden berichtet Bataillonsarzt J. Kjellberg. Der Alkohol wird zuerst genannt in einem Abrechnungsbuch der Stadt Stockholm vor 1469/70, er wurde eingekauft zur Fabrikation von Pulver. 25 Jahre später findet sich ein Verbot gegen das Trinken desselben, das aber nur 4 Jahre in Kraft blieb. In der Armenbeköstigung findet sich Bier häufig erwähnt, Branntwein erst 1742. Hier wurde er erst 1874 abgeschafft. In der Flotte ist er noch heut zuständig nach dem Reglement von 1899. Bestimmte Zahlen entnimmt Verf. der Todesstatistik der schwedischen Städte aus den Berichten der Krankenhäuser, beide finden sich seit 1861 in den Jahresberichten der Medizinalleitung. Von 1861 bis 1898 kamen in den Krankenhäusern 1765 Fälle an chronischem Alkoholismus und Delirium tremens vor mit 41 Todesfällen, am höchsten zeigt sich der Zeitraum 1876/80 mit 385 Fällen. Die Stärke der garnisonirenden Land- und Seetruppen beträgt etwa 12 000 Mann, der Garnison Stockholm 3000 bis 4000 Mann. Hier kam folgende Zahl von Alkoholvergiftungen zur Behandlung: 1861 bis 1865 15 Fälle, 1866 bis 1870 28 Fälle, 1871 bis 1875 43 Fälle, 1876 bis 1880 62 Fälle, 1881 bis 1885 53 Fälle, d. h. jährlich 8 Fälle. Ueber schnellen Tod im Rausch nach starken Getränken giebt Verf. eine

Tabelle, welche von 1802 bis 1898 in zehnjährigen Abschnitten berichtet. Es starben auf diese Weise jährlich 1811 bis 1820 14,3, 1841 bis 1850 67,1, 1861 bis 1870 28,6, 1891 bis 1898 13,5. Der Alkoholkonsum (als reiner Alkohol gerechnet) pro Person und Jahr ist seit 1861 wenig geändert, er betrug damals 5,41 Liter, 1897 4,96 Liter. Der Bierkonsum ist in der gleichen Zeit von 7,07 Liter auf 29,57 Liter pro Kopf gestiegen. Gerichtliche Bestrafungen wegen Trunkenheit kamen 1861 auf 3,32 ‰, 1897 auf 7,26 ‰ der Bevölkerungszahl. Hiervon kommt fast ein Drittheil auf die Stadt Stockholm. Seit 1888 finden sich ähnliche Angaben über die Unteroffiziere und Mannschaften der Garnison Stockholm in absoluten Zahlen angegeben, von denen wir anführen 1888 192, 1893 339, 1897 189, was immerhin etwa 6 bis 10 pCt. der Garnison bedeutet. Eine dauernde beträchtliche Verminderung erfuhr im Garnisonlazareth das Delirium tremens. Von 1861 bis 1870 litten hieran 65 pCt. aller wegen chronischer Alkoholvergiftungen Behandelten, von 1870 bis 1880 47 pCt., 1884 bis 1890 17 pCt.

(14) Es sind untersucht in den 20 Aushebungsbezirken der 5 Brigaden 12 705 Mann, im Tromsö-Gebiet 1894 Mann. Davon waren tauglich zur Linie 65,6 pCt. (71,6 pCt.), zum Train 9,8 (7,5), zeitig untauglich 1,9 pCt. (1,8), untauglich 23,4 pCt. (19,1), hatten Mindermaass 1,7 pCt. (5,0), die durchschnittliche Körpergrösse betrug 170,4 cm (170,2). Die höchste Diensttauglichkeit mit 76,3 pCt. zeigte der Bezirk Indherret, die geringste Stavanger mit 52,8 pCt. Christiania steht mit 66,5 pCt. Diensttauglicher an höchster Stelle und somit über dem Durchschnitt.

(15) J. Kjellberg berichtet über die Untersuchung von Wehrpflichtigen im Jahre 1900. Es kamen zur Stellung 38 742 Mann, von denen 25,77 pCt. wegen Fehler und Krankheiten dienstuntauglich erklärt wurden. In den einzelnen Bezirken schwankte die Zahl der Untauglichen von 11,8 pCt. (Gotlands Regiment) bis 42, 53 pCt. (Smälands Grenadierkorps). Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane lagen in 29,93 pCt. der Untauglichkeit zu Grunde, danach kommen Krankheiten der Kreislaufsorgane, der Augen und allgemeine Körperschwäche. Tuberkulose fand sich bei 10 ‰ der Untersuchten. Die Zahl der Untauglichen betrug 1891 nur 20,32 pCt. und ist seitdem dauernd gestiegen.

(16) Kjellberg giebt einige Ziffern über das Vorkommen von Tuberkulose in der schwedischen Armee. Es wurden in den Lazarethen behandelt 1892 38 Fälle (8 gestorben), 1893 39 (9), 1894 40 (14), 1895 46 (10), 1896 44 (5), 1897 60 (12), 1899 33 (4), 1899 50 (4), in Summa in 7 Jahren 377 (66) bei einer Kopfstärke von 10 000 bis 12 000 Mann. Die Morbidität beträgt somit etwa 4 ‰, die Mortalität gegen 1 ‰. Tuberkulose in anderen Organen kam in derselben Zeit in 73 Fällen vor (17 gestorben). Ueber die Ergebnisse der Aushebung liegen seit 1894 besondere Angaben vor. Untauglich wurden wegen Tuberkulose damals 6,9 ‰, 1901 11,2 ‰ der Untersuchungspflichtigen, bei den älteren Jahresklassen betrug die Anzahl 1894 10,5 ‰ und stieg bis 1901 gar auf 20,9 ‰.

Stechow.

B. Ostasiatische Expedition.

Siehe auch unter VII. B. 5.

1) Krosta. Ueberblick über die Thätigkeit der Sanitätsformationen beim ostasiatischen Expeditionskorps. D. m. Z. S. 321. — 2) Vom Sanitätsdienst beim ostasiatischen Expeditionskorps. D. m. Z. S. 119. —

3) Dove. Das Klima der Länder der chinesischen Kriegsereignisse. A. S. u. T. H. No. 1. — 4) Schlick. Meine kriegschirurgischen Erfahrungen während der chinesischen Wirren im Juni bis Oktober 1900. D. m. Z. S. 449. — 5) Derselbe. Die Verwundungen des deutschen Detachements beim Seymourschen Expeditionskorps. M. R., 2. Heft. — 6) Herhold. Eine Pulverexplosion und deren Folgen. D. m. Z. S. 225. — 7) Derselbe. Ueber die Theilnahme eines Zuges des Feldlazareths IV an der Expedition zum Ku-kuan-Pass. D. m. Z. S. 635. — 8) Derselbe. Ueber die bei der II. Brigade des ostasiatischen Expeditionskorps vorzugsweise vorgekommenen Krankheiten mit Bezug auf Klima und Boden der Provinz Petchili in China. D. m. Z. S. 641. — 9) Derselbe. Ueber die während der ostasiatischen Expedition im Feldlazareth IV (Paotingfu) beobachteten Schussverletzungen. D. m. Z. S. 603. — 10) Morgenroth u. Weigt. Bericht über die Wasserversorgung in und um Tientsin. H. R. No. 16. — 11) Morgenroth. Bericht über die Malariaerkrankungen zu Tientsin im Herbst 1900. D. m. Z. S. 481. — 12) Morgenroth u. Bassenge. Bericht über die im bakteriologischen und chemischen Laboratorium zu Tientsin in der Zeit vom 1. Oktober 1900 bis 1. März 1901 ausgeführten Arbeiten. D. m. Z. S. 548. — 13) Matignon. Der Gesundheitsdienst während der Belagerung der französischen Gesandtschaft in Peking 1900. A. M. et Ph. m. Bespr. D. m. Z. S. 437. — 14) Zoroastrow. Aus dem Tagebuche des Regimentsarztes 12. ostsibirischen Schützen-Regiments im Chinafeldzuge. W. m. J., Heft 5. — 15) Machenand. Une visite aux différentes formations sanitaires installées à Pekin. A. m. n. No. 12. — 16) Mercié. Rapport médico-chirurgical sur le service de santé pendant les opérations militaires dans le Petchili (juin—août 1900). A. m. n. No. 4.

(3) Dove giebt auf Grund 23jähriger Beobachtungen eine kurze Beschreibung der klimatischen Verhältnisse auf dem ostasiatischen Kriegsschauplatz; Peking wird dabei als Charakterstation für Nord-China gewählt. Welche Temperaturunterschiede dort herrschen, geht daraus hervor, dass im Januar mit — 4,6° Durchschnittstemperatur etwa die Verhältnisse von Tilsit erreicht werden, während in den eigentlichen Sommermonaten eine tropische Hitze herrscht, die für Juni und August der Mitteltemperatur des wärmsten Monats in Rom, für Juli den um dieselbe Zeit in Syrakus und Smyrna beobachteten Temperaturverhältnissen entspricht. — Der Winter dürfte für unsere Soldaten sich als die günstigere Jahreszeit erweisen. Der Sommer wird beschwerlich nicht nur durch die grosse Hitze, sondern auch durch die ausgeprägte Regenzeit, die gesundheitlich wenig angenehme Begleiterscheinungen mit sich bringt, und durch die geringe Abkühlung während der Nächte. — Auch die Luftbewegung ist im Sommer eine so mässige, dass sie nicht die nöthige Erfrischung bringt. Koenig.

(4) Schlick berichtet über 80 von ihm selbst behandelte Verwundete des etwa 500 Mann starken Landungskorps des deutschen Geschwaders, welches an dem Vormarsch des internationalen Expeditionskorps nach Peking in der Zeit vom 10. bis 26. Juni 1900 und an den während der nächsten Tage stattgehabten Gefechten um Tientsin betheiligt war. Getroffen waren: der Kopf 8 mal, der Hals 5 mal, die Brust 8 mal, der Unterleib 2 mal, der Rücken 1 mal, das Gesäss 2 mal, die oberen Gliedmaassen 18 mal, die unteren 36 mal. Bei der überwiegenden Mehrzahl

handelte es sich um Schusswunden durch Gewehrfeuer; nur ein ganz kleiner Theil war durch Schrapnels und Sprengstücke von Granaten hervorgerufen. Die Gewehrschusswunden waren sämmtlich durch kleinkalibrige Geschosse und zwar überwiegend aus einer Entfernung von mindestens 800 bis 1200 m hervorgerufen, einige aus geringerer (300 bis 500 m). Die Art der Wunden entsprach im Ganzen den sonstigen Beobachtungen; gleichwohl sind die ausführlich mitgetheilten Einzelheiten, die im Original eingesehen werden müssen, vielfach von Interesse. — Trotz fast übermenschlicher Anstrengungen (gewaltige Märsche bei grosser Hitze, durchweg mangelnden Schlafes, unzureichende Ernährung, schlechtes Trinkwasser, täglich hochgradige psychische Erregungen) war übrigens der Gesundheitszustand des Korps ein vorzüglicher. Den hygienischen Anforderungen wurde Rechnung getragen, soweit es sich mit den kriegerischen Aktionen vereinen liess. Zu den Mahlzeiten wurde abgekochtes und, solange der Vorrath reichte, mit Kaffee- oder Theeaufguss versetztes Trinkwasser verabfolgt, was freilich nicht verhinderte, dass Mannschaften und Offiziere jede kampffreie Pause benutzten, um nach dem Fluss zu stürzen und ihren brennenden Durst mit übergrossen Mengen seines schmutzigen, unappetitlich aussehenden, übelriechenden und -schmeckenden, durch Menschen- und Thierleichen verunreinigten Wassers zu stillen. Hunger trieb die Leute abends nach Beziehen des Biwaks in die Rübenfelder und liess sie die frisch aus dem Erdboden gezogenen Früchte mit Stumpf und Stiel verzehren. Die Truppe lagerte allnächtlich unter freiem Himmel, erwachte morgens vom Thau durchnässt, die Reinlichkeitspflege ruhte überhaupt. Gleichwohl blieb das Korps von Ruhr und Typhus verschont. Während der letzten Tage der Expedition und besonders während der Ruhetage in Tientsin blieb zwar fast kein Mann von Durchfall frei, aber die Erkrankungen waren so leicht, dass sie meist nur einer ambulanten Behandlung bedurften und die Dienstfähigkeit nur in den wenigsten Fällen und nur auf kurze Zeit beeinträchtigten. Verf. schreibt dieses günstige Ergebniss nächst der guten Körperverfassung unserer Mannschaften in erster Linie dem Umstande zu, dass einerseits die in China endemischen Krankheiten, Ruhr und Typhus, erst während der Herbstmonate in grösserer Verbreitung daselbst vorkommen, andererseits die Dorf- und Stadtbewohner längs des Flusses schon seit Wochen geflüchtet waren, der Fluss infolgedessen beim Durchströmen der Ortschaften nur wenig durch menschlichen Unrath verunreinigt wurde. Kr.

(14) Das Tagebuch des russischen Regimentsarztes Zoroastrow schildert die Erfahrungen beim 12. ostsibirischen Schützen-Regiment im Chinafeldzuge.

Bei einer Iststärke von 1531 Mann bestand das Sanitätspersonal aus 2 Aerzten, 10 Feldschern, 1 Veterinär und 32 Krankenträgern. Material: 1 Sanitätstasche pro Feldscher, 2 Apotheken und 10 Sanitätskarren, davon 2 für die Ausrüstung von 8 Betten, die anderen 8 zum Krankentransport bestimmt. Ausserdem 16 Krankentragen. In den ersten zwei Tagen wurde auf dem Eisenbahnzuge von Peking nach Taku verbunden, der Hauptverbandplatz war im Hofe einer Telegraphenstation. Beide Arten von Verbandstätten geriethen mehrfach in feindliches Feuer. Später Verbandplatz im französischen Hospital. Die Karren (2räderig) und Krankentragen bewährten sich nicht. Statt dessen eigneten sich vorzüglich die erbeuteten Sänften. Die Verwundungen stammten meist aus

Mauser- und Mannlicher-Gewehren, Säbel- und Bajonettverwundungen fehlten fast ganz.

Das Regiment machte den Feldzug von Anfang bis zu Ende mit und hatte 303,1 ‰ Verwundete, 90,9 ‰ Todte, 30,3 % an Wunden Verstorbene, 212,1 ‰ Kranke. Gesammtabgang an Offizieren 636,3 ‰, an Mannschaften 277,5 ‰. Blau.

(15) Verfasser, Chefarzt des französischen Hospitals in Peking während der Expedition 1900—1901 hat die verschiedenen fremdländischen Lazarethe besucht und giebt seine Eindrücke von dem amerikanischen, englischen, japanischen und deutschen Lazareth wieder; bei den Amerikanern gefiel ihm namentlich die Apotheke mit ausschliesslich komprimirten Medikamenten, die praktische Verpackung der Verbandstoffe, die Einrichtung der Küche, des Verband- und des Operationssaales u. s. w. — Die englische in einem chinesischen Palais untergebrachte Ambulanz war im Wesentlichen für indische Truppen eingerichtet und bot nichts Bemerkenswerthes. — Die Japaner hatten ein sehr vollkommen eingerichtetes chirurgisches Instrumentarium, das in Tokio hergestellt war; ihr Operationstisch findet eingehende Würdigung; ebenso ihr Krankenwagen, der als Jinrischka (japanische Droschke) gebaut und erstaunlich leicht ist. — Das Lazareth No. 2 findet nach seiner Einrichtung, Sauberkeit, Ventilation u. s. w. volle Anerkennung.

(16) Die französischen Truppen, die an den Kämpfen in Taku, Peking, Tientsin und an dem Marsch der Kolonne Seymour theilgenommen haben, haben im Ganzen 25 Todte und 60 Verwundete gehabt; diese vertheilen sich auf die Besatzung von 6 Kriegsschiffen, wurden aber alle an Bord des L'Entrecasteaux behandelt, weil auf den übrigen Schiffen geeignete Unterkunftsräume nicht vorhanden waren. Das Lazareth wurde in den Kasematten hergestellt; doch waren die Franzosen bald genöthigt, die angebotene Hülfe des vom japanischen Rothen Kreuz ausgerüsteten Lazarethschiffes „L' Ha Kuai-Maru" anzunehmen, das auf 5 Reisen die Kranken in das japanische Lazareth Hiroschima brachte. Die Einrichtungen dieses Lazarethes, das in jeder Beziehung auf der Höhe europäischer moderner Krankenhäuser steht, finden ebenso warme Anerkennung, wie das Entgegenkommen der Japaner. — Im Ganzen betrug die Sterblichkeit für die französische Division 6,43 pCt., die Zahl der Verwundeten 14,85 pCt. Die Verwundungen werden näher beschrieben. Koenig.

C. Südafrikanischer Krieg.

Siehe auch unter VI. C 9 (2, 10 u. 11), VII. B. 5.

1) Flockemann, Ringel und Wieting. Kriegserfahrungen der zweiten deutschen (hamburgischen) Ambulanz der Vereine vom Rothen Kreuz aus dem südafrikanischen Kriege. Leipzig. — 2) Ringel. Kriegschirurgische Erfahrungen im südafrikanischen Kriege. D. m. Z. S. 307 (V. K. Ch.). — 3) Hammar. Reisebericht vom südafrikanischen Kriege. T. M. H. Heft 1, 2 und 3. — 4) Suter. Unter dem schweizerischen Rothen Kreuz im Burenkriege. Leipzig. — 5) Militärärztliches vom Transvaalkriege. W. m. Pr. No. 5 und 22. — 6) Generalarzt James über den südafrikanischen Krieg. — 7) Hayes. The siege of Mafeking from medical point of view. B. m. J. I. S. 27. — 8) The Royal commission on South African hospitals. L., Theil 1, S. 573, 652, 731, 809,

887, 1224. — 9) Makins (London). Surgical experiences in South Africa. 1899/1900. London. — 10) Romeyn. Aenteeteningen betreffende te velde derleenen heelkundige hulp. M. G. T. Heft 2. — 11) Het Identiteits-Departement van het Roode kruis te Pretoria. M. G. T. Heft 3.

(3) Josef Hammar schloss sich Ende Oktober 1899 als unoffizielles Mitglied in Amsterdam dem sogenannten ersten holländischen Feldlazareth an, welches mit 6 Aerzten, 4 Wärtern und 10 Schwestern für die Aufstellung von einem grösseren chirurgischen, einem beweglichen Feldlazareth und zwei bis drei „Feldambulanzen" bestimmt war. Die reichliche Ausrüstung umfasste 300 Kolli, dabei einen vortrefflichen Röntgenapparat. Ein Sanitätswagen nach holländischem Militärmodell blieb bald umgestürzt liegen, Aufhängeapparate für Krankentragen erwiesen sich für die dortigen Wagen nicht passend. Sehr gut bewährten sich Räderbahren nach C. de Mooys. Auch reichliche Lebensmittel in Konservenform waren mitgenommen. Die Kosten betrugen bis dahin etwa 150 000 Mark. In Neapel traf das Lazareth mit dem deutschen unter Matthiolius zusammen. Während der Fahrt wurden jeden Vormittag Besprechungen chirurgischer Fragen abgehalten und hierüber Protokoll geführt.

Anfang Dezember gelangte das holländische Lazareth über Lourenço-Marques nach Pretoria. Hier blieb ein Theil und richtete ein Haus für Verwundete ein. Der andere Theil ging zur Front nach Ladysmith. Von hier aus übernahm Hammar bald die Führung eines Transvaaler Feldlazarethes, welches er fünf Monate lang führte. Verf. macht weitläufige Angaben über die militärischen Verhältnisse der Buren und ihre Fechtweise, welche die anfangs so geringen Verluste erklärte. Für den Krankendienst bestand keinerlei Vorbereitung. Zunächst wurde eine „Hauptleitung für das Rothe Kreuz" ernannt, die vollkommen unfähig sich erwies; danach eine „medizinische Kommission", welche etwas besser arbeitete. Meist ging jeder Distriktsarzt mit seinem Kommando ins Feld, doch streikten viele später, da das vom Staat versprochene Gehalt (drei Guineen für den Tag) ausblieb. Wie beträchtlich die europäische Hülfe war, geht aus der Thatsache hervor, dass aus Holland 2 grosse Ambulanzen kamen, aus Deutschland 3, aus Russland 2, aus Frankreich, Belgien, der Schweiz und Nordamerika je 1. Diese brachten erst eine gewisse Ordnung in die Krankenpflege und Evakuirung. Die Natal-Armee hatte noch 4 Lazarethzüge, welche in 4 Tagen aufgestellt waren. Jeder bestand aus 2 Krankenwagen, 1 Personal- und 4 gedeckten Güterwagen für Operationen, Magazin, Küche und Wasser. Personal: 1 Arzt, 1 Verwalter, 4 Schwestern, 2 Pfleger, 1 Führer, 1 Koch nebst einigen Kaffern. Diese Züge waren leicht beweglich, wurden als Einheit jedem beliebigen Zug angehängt und werden sehr gelobt. Das Personal von Hammars Lazareth bestand aus 6 Weissen, welche ohne jede Vorbildung und besonders schlecht waren, sowie 8 Kaffern, die sich als unschätzbar zuverlässig erwiesen. An Material waren 4 Zelte, Matratzen, Decken u. s. w. vorhanden, aber keine medizinische Ausrüstung, die ebenso wie Transportwagen erst beschafft werden musste. Der Chefarzt stand nur unter dem Oberbefehlshaber, nicht unter den einzelnen Abtheilungskommandanten. Im Januar 1900 kamen nur wenig Fälle von Ruhr, Typhus, Malaria und rheumatischen Leiden, dagegen schon sehr viel Simulationen, ja zahlreiche Selbstverstümmelungen unter den Buren vor, um sich dem Kriegsdienst zu entziehen. Ende Januar stieg infolge grosser Unreinlichkeit und Sorg-

losigkeit im Lager bei Ladysmith die Zahl der Erkrankungen, namentlich an Typhus, der bei den Buren jedoch nur etwa 5 pCt. Todesfälle verursachte, gegen 21 pCt. auf englischer Seite. Dies wird erklärt durch einen gewissen Schutz, den die Buren durch diese dort endemische Krankheit erworben hatten. Alle Medikamente waren in Tabletten vorhanden, was sehr gelobt wird. Grössere Thätigkeit konnte die Ambulanz nur am 6. Januar in der Schlacht am Platrand und Ende Februar vor der Entsetzung von Ladysmith entwickeln. H. lernte hierbei alle Schwierigkeiten des Feldsanitätsdienstes kennen. Nach dem Rückzug der Buren nach Norden gab er sein Lazareth an den Distriktsarzt ab, sollte ein anderes übernehmen, verlor durch einen Eisenbahnunfall alle seine Sachen und kehrte über Durban und Kapstadt im August 1900 nach Schweden zurück.

Seine kriegschirurgischen Erfahrungen fasst H. folgendermaassen zusammen. Die Wunden durch Artilleriegeschosse verhielten sich zu denen durch Gewehrkugeln wie 1 : 4 (bei dem deutschen Lazareth wie 1 : 3,7). Verletzungen durch blanke Waffen kamen nicht vor. Verwundete hatte H. nur 76 im halben Jahr in Behandlung. Aus vier Gefechten berechnet er für die Buren ein Verhältniss der Todten zu den Verwundeten von 1 : 2,4, während in den Kriegen von 1854 bis 1871 das Verhältniss 1 : 4 war. Die Todesfälle sind veranlasst durch Kopfschüsse, dann Verblutung durch Herzschüsse oder Bauchschüsse. Verblutung aus den Gefässen der Gliedmaassen ist sehr selten, daher auch die Indikation zu sofortigen Unterbindungen. Unter den Schussverletzungen der Knochen waren, wie nach den Schiessversuchen vorauszusehen, die Diaphysenschüsse am schwersten, dann aber auch die Schüsse des Unterkiefers (2 Fälle). Trotzdem haben auch schwere Knochenverletzungen eine überraschend gute Prognose ergeben. Bedingung hierfür ist aber das Fehlen eines längeren Transports in der ersten Zeit. Amputationen waren auf der Burenseite äusserst selten nöthig, auf englischer Seite scheinen viel mehr gemacht zu sein. Reine Weichtheilschüsse heilten in 10 bis 12 Tagen. Schädelschüsse hinterlassen fast in allen Fällen, wenn sie überhaupt heilen, Lähmungen oder psychische Störungen. Auf englischer Seite ist in jedem Fall frühzeitige Trepanation empfohlen. Herzschüsse sind nicht absolut tödlich, namentlich die Muskulatur des linken Ventrikels scheint viel zu vertragen. Ein Fall mit linksseitiger starker Blutung in die Pleura und erheblicher Dyspnoë heilte in drei Wochen glatt aus. Lungenschüsse haben eine überraschend gute Prognose, wenn Ruhe und seltener Verbandwechsel nöthig ist. Bauchschüsse heilen zu 50 bis 60 pCt. ohne jeden Eingriff, wenn den Verwundeten der Transport zunächst erspart werden kann; Behandlung mit Diät und Opium. Nervenshock und Schmerz sind in der Regel gering. Nach dem Gefecht am Spionkop kam ein Mann, um sich seinen frakturirten Arm verbinden zu lassen. Beim Auskleiden fand sich, dass er noch durch den Bauch geschossen war, was er selbst nicht gemerkt hatte. Dum-Dum-Geschosse, von denen H. drei Modelle sah, spielten bei den Verwundungen keine Rolle.

Das kleinkalibrige Gewehr hat sich im Ganzen „humaner“ gezeigt, wenn auch vielleicht die Todesfälle auf dem Schlachtfelde gestiegen sind. Die konservative Chirurgie hat derartig an Umfang gewonnen, dass der Truppenarzt fast gar keine Operation mehr auszuführen, sondern nur die Verwundeten transportfähig zu machen hat. Die hervorragende Wichtig-

keit des ersten Verbandes ist noch klarer hervorgetreten, ebenso die Bedeutung des ersten Transportes. Stechow.

(5) Die Fortsetzung der Artikelserie vom Vorjahre (siehe Jahresbericht für 1900 S. 170) behandelt zunächst die gegen das englische Sanitätswesen in Südafrika erhobenen Vorwürfe. Auf Grund mannigfacher nicht offizieller und offizieller Berichte, darunter auch jenes der eigens eingesetzten Untersuchungskommission, werden die Zustände unparteiisch erörtert und die stark übertriebenen Anklagen in ihre wahren Grenzen zurückgeführt. Thatsächlich haben sanitäre Missstände durch eine gewisse Zeit in Bloemfontein geherrscht, als Lord Roberts nach den Kämpfen bei Paardeberg in Gewaltmärschen vorgegangen war und mit stark restringirten Sanitätsanstalten (z. B. statt 10 nur 2 Ambulanzwagen per Krankenträger-Kompagnie) in Bloemfontein eintraf, wo gerade eine Typhusepidemie wüthete.

Sodann wird der Sanitätsdienst während des ersten Tugela-Feldzuges des Generals Buller, insbesondere jener im Gefechte bei Colenso, besprochen.

Daran schliesst sich eine kurze Schilderung der englischen Ambulanzschiffe. Joh. Steiner.

(6) Bei einem Diner, welches dem in den Ruhestand tretenden Generalstabsarzt Dr. James am 24. Juli 1901 im Hotel Cecil in London unter dem Vorsitz von Sir William Church, Präsidenten des Royal College of Physicians, gegeben wurde, nahm der Scheidende Veranlassung, sich über die Leistungen des Sanitätskorps im südafrikanischen Kriege auszusprechen.

Seit Beginn des Krieges sei die Armee rasch aufs Doppelte, dann aufs Dreifache gewachsen und 50 000 Kranke habe sie von Südafrika, Indien und den Kolonien seit dieser Zeit aufzuweisen. Keiner dieser Kranken sei einem Civilspital zugeführt worden. Dieses „Wunder“ sei durch Einstellung und Ausbildung von Reserven, Reaktivirung von Pensionären und Abkommandirung von den kolonialen Posten, wo irgend je ein Mann erspart werden konnte, ermöglicht worden. Das Militia medical staff corps wurde aufgerufen und lieferte 500 Leute, die Volunteer corps 600. Ausserhalb seines Departements lieferte die St. Johns Ambulance 1900 Leute, welche allerdings grösstentheils keine Vorbildung im Hospitaldienst hatten, aber sich bald in demselben nützlich machten. Im Ganzen konnten 7000 „trained men“ für den Sanitätsdienst ausgesandt werden. Wenn im Anfang ein gewisser Mangel an Hülfskräften vorgelegen habe, so sei dies nicht sein Verschulden, denn er habe wiederholt früher auf die Nothwendigkeit der Vermehrung des Personals vergeblich hingewirkt. Dank der Mithülfe der Königin und der Prinzessin Christian war es möglich, 800 Pflegerinnen auszusenden. Für Material wurde 1 Million Pfund Sterling verausgabt, 4000 Tonnen Material wurden versandt. 151 Truppenformationen wurden mobilisirt, 19 Krankenträger-Kompagnien gebildet, 28 Feldlazarethe, 5 stationäre Lazarethe und 16 general hospitals ausgerüstet, ferner 3 vorgeschobene und 2 Basis-Medizindepots. In England wurden 3 Hospitalzüge und 2 Hospitalschiffe eingerichtet. Zu gleicher Zeit musste auch ein grosser Bedarf an Material nach China verschickt werden. Nach den neuesten Rapporten ergab sich, dass zur Zeit 21 000 Betten ausgerüstet seien. Für die gelieferten Nahrungsmittel, die ökonomische Ausstattung der Sanitätsformationen, sei er nicht verantwortlich, sondern nur für die Lieferung der Arzneien und der medizinisch-chirurgischen Hülfsmittel. Die Errichtung von Gebäuden im

Felde für Spitäler wäre Sache der Pioniere und des Kasernendepartements gewesen, hätte aber thatsächlich von seinem Departement ausgeführt werden müssen zu einer Zeit, wo Jeder in seiner legitimen Arbeit nothwendig gebraucht worden wäre. Dringend erforderlich wäre für spätere Kriege die Vermehrung der Transportmittel. Ein Organisationsfehler sei, dass der Generalstabsarzt weder Mitglied des War Office Council (unter dem Vorsitze des Kriegsministers) noch des Army Board (unter dem Vorsitze des Oberkommandirenden) sei, so dass in seiner Abwesenheit Dinge seines Departements berathen werden könnten, von denen er selbst erst nach geraumer Zeit Kenntniss bekomme. Im Grossen und Ganzen aber könne er sagen, dass sicherlich noch in keinem Kriege die Kranken und Verwundeten so gut versorgt worden seien, wie in dem derzeitigen. (The Lancet 3. VIII. 1901.) Widenmann.

(7) In dem Aufsatz fällt der äusserst animose Ton gegen die Buren auf, denen Verletzung der Genfer Konvention in vielen Fällen zum Vorwurf gemacht wird. Wie weit das berechtigt ist, ist natürlich unmöglich zu entscheiden. Einige mitgetheilte Fälle sind von Interesse, darunter ein Gewehrschuss quer durch den Schädel von der linken zur rechten Seite in Höhe der unteren Stirnwindungen; Bewusstlosigkeit trat überhaupt nicht ein, glatte Heilung ohne Defekt. Zwei perforirende Wunden der Bauchhöhle mit ausgedehnter Zerreissung der Bauchwand durch Granatsplitter zwangen zur Enterostomie, 1 genas. Dagegen wurde bei Mauserwunden des Leibes nie operirt, allemal trat Tod ein. Im Gegensatz zu Anderen glaubt H., dass durch Laparotomie einige hätten gerettet werden können.

(8) Zunächst wird festgestellt, dass die Zahl der Militärärzte und Sanitätsmannschaften für die grosse aufgebotene Heeresmacht auch nicht annähernd ausreichend gewesen sei, dass aber hierfür die Sanitätsdirektion nicht verantwortlich gemacht werden könne, da sie schon lange vorher darauf aufmerksam gemacht und Abstellung verlangt habe. Nur für etwa zwei Armeekorps habe die Anzahl ausgereicht, später haben Civilärzte angeworben werden müssen, welche bei aller Tüchtigkeit ihrer ärztlichen Ausbildung vielen speziell militärärztlichen Aufgaben nicht gewachsen sein konnten. Der aufopfernden und sehr aufreibenden Thätigkeit des an sich schon im Frieden nicht vollzähligen englischen Sanitätsoffizierkorps wird hohe Anerkennung zu Theil. Dass ganz vereinzelte minderwerthige Persönlichkeiten sich darunter befanden, kann nicht Wunder nehmen und das günstige Urtheil über das ganze Korps nicht ändern. Im Juli sollen einschl. der Civilärzte in Afrika bei einer Kopfstärke von 220 000 Mann 1000 Aerzte, 7000 Sanitätsmannschaften und 900 Pflegerinnen gewesen sein, letztere meist gut ausgebildet, während die Ausbildung der Sanitätsmannschaften nicht hinreichend war, selbst nicht derjenigen, welche der St. Johns-Ambulance-Genossenschaft angehörten. Auch die Zahl der Feldlazarethe war nicht vorschriftsmässig, statt 9 bis 10 kamen nur 6 auf die Kopfstärke eines Armeekorps.

Die „stehenden“ und „General“-Hospitäler entbehrten der Transporteinrichtungen; es mussten Transportkolonnen für sie eingerichtet werden.

Die freiwillige Hülfe that ausgezeichnete Dienste. Die Lazarethzüge waren sehr gut geleitet, der Transport bot wegen der grossen räumlichen Ausdehnung des Kriegsschauplatzes aussergewöhnliche Schwierigkeiten. Die offiziellen Krankenwagen konnten nur zwei liegende Verwundete

neben vier sitzenden fortschaffen; neue Muster, die erst spät eingeführt wurden, konnten vier liegende Verwundete aufnehmen.

Dass zuweilen an diesem oder jenem Orte des Kriegsschauplatzes nicht genügende Sanitätseinrichtungen zur Stelle waren, wird zugegeben, doch war dies die Folge des raschen Vormarsches in schwierigem Gelände.

Dies wird im Einzelnen durchgegangen. Der Militärarzt wird viel daraus lernen können. Doch kann der Kommission hier nicht beigestimmt werden, wenn die „grosse Zahl der Verwundeten" als Entschuldigungsgrund für Unzuträglichkeiten angesehen wird. Die Zahl der Verwundeten war weder absolut noch im Verhältniss zur Zahl der Streiter so hoch, dass sie bei genügender Sanitätsausrüstung nicht hätte bewältigt werden können, aber diese Ausrüstung war eben ganz ungenügend.[1]) Man tröstet sich mit der Aeusserung Watson Cheynes, dass die Unterbringung Verwundeter im Freien denselben keinen sichtlichen Schaden gethan habe, dank den klimatischen Verhältnissen, nicht dank den vorhandenen Einrichtungen. Es wurden theilweise aus Zweigen Schutzdächer gegen die Sonneneinwirkung errichtet.

Es mussten nun weite Transporte nach rückwärts zu den Eisenbahnstationen, z. B. von Paardeberg nach Kimberley oder Modderriver eingerichtet werden und zwar auf den entleerten ortsüblichen federlosen Ochsenwagen, die Fourage u. dergl. nach vorn gebracht hatten. Aus Furcht, die Verwundeten eventuell der Gefangennahme durch den Feind auszusetzen, konnte man sich nicht zur Etablirung von Hospitälern in nächster Nähe des Schlachtfeldes wenigstens für die Schwerverwundeten entschliessen. Wozu giebt es denn eine Genfer Konvention und hatten die Buren verdient, dass man in ihre Humanität Misstrauen setzte? Diese überhastete und viel zu weit auch auf Schwerverwundete ausgedehnte Evakuation ist nach Meinung des Ref. ein schwerer Fehler gewesen, so sehr er auch geneigt ist, einer in vernünftigen Grenzen sich bewegenden Krankenzerstreuung das Wort zu reden. Hier können wir den Ansichten der Kommission nicht beitreten. Der weite Transport auf ungeeigneten Fahrzeugen ist nach Ansicht des Ref. der Grund dafür, dass nach Zeugniss Makins fast alle Schussbrüche eiterten, während sie auf Cuba und Portorico dank dem kurzen Transport nach der Küste und guten Lagerung in den Schiffen, meist wie die Weichtheilwunden ohne Eiterung heilten.

Sehr gelobt werden die Einrichtungen der Basis-Hospitäler (Reservelazarethe nach unserer Bezeichnung) in und um Kapstadt. Niemals sei so gut für Verwundete im Kriege gesorgt worden, als hier. Freilich war wohl die Zahl der dort unterzubringenden Kranken und Verwundeten gegenüber der riesigen Bevölkerungszahl und den ungeheueren Mitteln des Mutterlandes so gering, dass es keine Kunst war, solche Lazarethe gut auszustatten, was übrigens auch nur sehr allmählich der Fall war.

Der Ausbruch des Abdominaltyphus in der Armee wird als unvermeidliches Missgeschick angesehen, dabei auch auf die Verhältnisse der Deutschen vor Paris (besser wäre die Bezugnahme auf die Ruhrepidemie um Metz gewesen) zurückgegriffen. Aber hat denn seit 30 Jahren die Wissenschaft stillgestanden? Sind nicht gerade in den letzten Jahrzehnten hinsichtlich Aetiologie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten

[1]) Als höchste Zahl wird für den 18. 2. 00 die von 800 Verwundeten angegeben.

die bedeutendsten Fortschritte gemacht worden? Mit der Möglichkeit des Ausbruches von Heeresseuchen musste von Anfang an gerechnet und der Vorbeugung die grösste Sorgfalt gewidmet werden. Aber auch in dieser Hinsicht machte sich die mangelhafte Vorbereitung des ganzen Krieges in empfindlichster Weise geltend!

Aus den Schilderungen der deutschen Sanitätsexpeditionen auf der Burenseite kann Jeder zwischen den Zeilen lesen, wie gern sich in Einzelfällen die Engländer der Hülfe dieser Expeditionen bedient haben, und es kann nur bedauert werden, dass sie bei Anfang des Krieges die ihnen angebotene Zutheilung von Abordnungen der deutschen und anderer Rothen Kreuz-Vereine abgelehnt haben.

Am Ende des Berichts werden Vorschläge hinsichtlich der Verbesserung des ganzen Militär-Sanitätswesens gebracht und zwar werden die Verhältnisse des Friedens und kleiner Kriege, wie sie in dem ausgedehnten Reiche sehr häufig vorkommen, ganz von denen grosser Kriege abgesondert. Namentlich handelt es sich um Vermehrung der aktiven Sanitätsoffiziere, indem man die Lust zum Eintritt in den Dienst durch Verbesserung des Ranges und Einkommens vermehren soll. Ferner werden empfohlen: Fortbildungskurse, Theilung der zu grossen und dadurch zu schwer beweglichen Generalhospitäler in kleinere Einheiten, Abordnung von Sanitätsoffizieren in Kommissionen hinsichtlich einzuführender Verbesserungen in Ausrüstung, Bekleidung, Verpflegung u. dergl. Alle diese Vorschläge sollen einer besonderen Kommission zur Berathung vorgelegt werden, wozu sich der Kriegsminister auch bereit erklärt haben soll.[1])

(9) M. war in der Stellung eines konsultirenden Chirurgen auf dem westlichen Kriegsschauplatz in Südafrika thätig und hat nach dem Zeugniss der deutschen Aerzte Flockemann, Ringel und Wieting wohl mehr Verwundete gesehen als irgend einer der anderen Chirurgen dort, selbst Mac Cormac nicht ausgenommen, der nicht so lange in Afrika weilte. In die Zeit der Anwesenheit M.'s (vom 19. 11. 1899 bis 10. 7. 1900) fielen die grösseren Gefechte von Belmont 23. 11., Graspan 25. 11., Modder-River 28. 11., Magersfontein 11. 12., sowie der Entsatz von Kimberley. Die rasche Folge der Gefechte stellte an die Leistungen der Sanitätsanstalten hohe Anforderungen, doch glaubt M., dass im Allgemeinen berechtigten Anforderungen genügt worden sei.

Im Ganzen betrug in den vier genannten Gefechten bei einer Durchschnittskopfstärke von 12 420 Mann der Gesammtverlust 1512 = 12,17 pCt. und da hiervon 364 sofort getödtet waren (einschl. der alsbald Gestorbenen), so war die den Sanitätsanstalten zufallende Arbeit keine sehr grosse zu nennen, weder prozentual noch absolut. Auch die Mortalität war keine sehr grosse, sie betrug 19,92 pCt. des Gesammtverlustes, 1,66 pCt. der Durchschnittskopfstärke, etwa 1 Todter auf 4 bis 8 Verwundete. Da der südafrikanische neben dem kubanischen der erste mit Kleinkaliber geführte Krieg ist, so sind die Verhältnisszahlen von Bedeutung, indem sie hinter den Verlusten der älteren Kriege zurücktreten oder ihnen annähernd gleichen, z. B. den Verlusten der Engländer im Krimkriege.

Gegenüber diesen niedrigen Zahlen muss es doch Wunder nehmen, dass die Abräumung des Schlachtfeldes erst verhältnissmässig spät gelang. Denn wenn M. die Leistung der Krankenträger, dass die Verwundeten

[1]) Siehe S. 15 ff. dieses Berichtes.

bei Magersfontein schon um 12 Uhr mittags am Tage nach dem Gefecht fortgeschafft waren, so besonders hervorheben zu müssen glaubt, so wird man wohl annehmen dürfen, dass dies nach den anderen Gefechten noch nicht erreicht worden ist. Dabei handelte es sich nur um 717 Verwundete, etwa 6 pCt. Dies ist keine hervorragende Leistung. Von den vier zur Verfügung stehenden Feldlazarethen war nur eines derart aufgeschlagen, dass es von allgemeinem Nutzen war, und hatte natürlich infolge dieser schlechten Dispositionen sehr viel Arbeit.

Die hierbei bewiesene Aufopferung des ärztlichen Personals wird gewiss mit Recht belobt; die Beweglichkeit der Feldlazarethe soll gut gewesen sein. Auch den grossen Haupthospitälern und ihrer Einrichtung wird Lob zu theil. Dagegen scheinen die zum Ersatz abgelöster Feldlazarethe bestimmten „stationären" Hospitäler (die „stehenden Kriegs- und Etappenlazarethe") der deutschen Armee ihren Aufgaben nicht voll entsprochen zu haben; sie waren nicht rasch genug zur Stelle, offenbar wohl eine Folge des allzugrossen Trosses überhaupt, seiner Disposition sowie seiner den örtlichen Verhältnissen nicht genügend angepassten Beweglichkeit und Bespannung (Ochsen?!). Uneingeschränkt dagegen muss man dem von M. der Leistung der Evakuationszüge gespendeten Lobe zustimmen, welche zum Theil schon während des Gefechtes ihre Arbeit begannen.

Als erste Unterkunft in den grösseren Lazarethanlagen bewährten sich, z. B. in Bloemfontein, die errichteten Zelte, sowohl die der Verwaltung als die von der Portland-Hospital-Gesellschaft gestellten Tortoisezelte, welche auch die Franzosen z. B. in Madagaskar benutzt haben.

Mit Recht werden zu einem grossen Theil die guten Erfolge, die Seltenheit von Eiterung und Wundkrankheiten auf die Reinheit und Trockenheit der Luft des Landes bezogen. Tetanus z. B. kam nur einmal bei einer Shrapnellverwundung, Erysipelas überhaupt gar nicht vor. Mit gutem Erfolge wurde oft in freier Luft operirt. Doch war der oft sehr starke Staub höchst unangenehm, wie es ja auch die deutschen Chirurgen geschildert haben. Doch haben bakteriologische Untersuchungen, die später mit gesammelten Staubproben angestellt wurden, gezeigt, dass sie frei von pathogenen Organismen waren. Selbst als ein Feldlazareth von einem Regenguss überfluthet wurde, erwuchs den in Zelten gelagerten Verwundeten und theilweise frisch Operirten kein Schaden. Wasser zu beschaffen, war oft sehr schwer, ja unmöglich; es mussten mitgeführte antiseptische Lösungen verwendet werden.

Was nun die angewendeten Geschosse und die von ihnen hervorgebrachten Wunden betrifft, so glaubt M. einen besonders wesentlichen Unterschied in der Wirkung der älteren grosskalibrigen Geschosse gegenüber den modernen Kleinkalibergeschossen nicht annehmen zu können. Doch haben die grösseren Geschosse der Henry Martiny-Gewehre mit geringerer Geschwindigkeit doch im Allgemeinen grössere Zerstörungen gemacht, umsomehr, als sie aus weicherem Metall, Blei ohne Mantel, hergestellt waren, also stärker deformirt wurden. Die Engigkeit der Schussröhren durch das Mausergewehr machte sie der Heilung durch Verklebung noch zugängiger als die durch Lee-Metford-Geschosse erzeugten. Beide letztgenannten Geschossarten zeigten sich aber im Uebrigen gleichwerthig, wenig deformirbar. Doch werden zahlreiche Beispiele von arger Deformirung durch Aufschlagen auf harte Gegenstände gebracht und abgebildet. Dass Geschosse mit abgeschliffenen oder gespaltenen Mantelspitzen in

grösserer Anzahl von einer der streitenden Parteien verwendet sein sollten, bezweifelt M. auf Grund seiner Beobachtungen, doch bildete er eine Anzahl derartig bearbeiteter Geschosse ab, die in den Patrontaschen der Buren gefunden sein sollen. Verwundungen aus nahen Abständen waren selten, zumeist betrugen die Abstände 800 bis 1000 Yards.

Interessant sind einige Abbildungen von Ein- und Ausschüssen, sowie von oberflächlichen Hautschüssen, deren Verlauf zum Theil äusserlich sich durch Hautgangrän kenntlich macht, sowie auch rinnenartige Hautöffnungen. Der Einschuss ist nur dann rund und klein, wenn das Geschoss senkrecht auftrifft und kein Knochen unmittelbar unter der Haut liegt; bei schiefem Auftreffen und wenn Knochen unterliegt, ist der Einschuss grösser. Der Hautausschuss ist meist schlitzförmig, oft vogelartig, selten sternförmig; gewöhnlich sind die Ränder ausgestülpt, oft abgelöste Gewebsfetzen hineingerissen und von Blutgerinnseln unterminirt.

Dieser Umstand erklärt die grössere Neigung der Ausschussöffnungen zur Eiterung. Die Wände der Schussröhren pflegten alsbald zusammenzufallen und wenn einmal Eiterung eintrat, so pflegte sie nicht dem Verlauf der Röhre zu folgen, sondern die Neigung zur Bildung einzelner Abszesse war ausgesprochen. Dank der Elastizität ihres Gewebes waren besonders in den Lungen die Schussröhren ganz eng. Die zerquetschten Gewebsfetzen längs des Geschossverlaufes störten den aseptischen Heilungsverlauf nicht. Kleiderfetzen wurden selten mitgerissen, schlitzförmige Oeffnungen in den Khakikleidern überwogen. Nur die dicken wollenen Kleider der Schottländer (Kilt) schienen eine Ausnahme zu machen, wenigstens erklärt M. die Häufigkeit eiternder Wunden bei ihnen so; doch sagt er auch an anderer Stelle, dass diese tapferen Soldaten auch häufiger Nahschüsse aufgewiesen hätten und könnte nach Ansicht des Ref. auch hierdurch das häufigere Auftreten von Wundeiterung bewirkt sein.

Dass die Geschosse selbst als aseptisch anzusehen seien, gilt M. als feststehend; theilweise bezieht er dies auf die erzeugte Wärme, welche vielleicht hinreiche, um die Keime abzutödten, wenn sie auch nie den Grad erreiche, um Kleider oder Wundränder zu versengen.

Sehr instruktiv sind 2 mikroskopische Präparate, Schnitte durch Ein- und Ausschussöffnungen, welche die beschriebenen Eigenthümlichkeiten zeigen, sowie das baldige Ausschwitzen von Kittmasse in die zusammengefallenen Röhren.

Deformirte Geschosse bewirken natürlich unregelmässige Gestalt der Wunden, ebenso auch Auftreffen auf Knochen.

Der unmittelbare Schock der Verwundung war nicht selten erheblich, ja es kamen sogar ausgeprägte psychische Störungen vor, wofür Beispiele gegeben werden. Auch ein Beispiel unmittelbar dem plötzlichen Tode folgender Todesstarre wird abgebildet. M. glaubt, dass der Seelenzustand des Soldaten im Augenblick der Verletzung für den Grad des Schocks ausschlaggebend sei. So will er nach dem Gefecht bei Magerfontein mehr Schock gesehen haben, zu dessen Zeit die Soldaten sich in niedergeschlagener Gemüthsstimmung befunden hätten. Indessen war bei den Kleinkaliberwunden der Schock nicht gerade hervorstechend, ja er blieb sogar zuweilen bei Eingeweidewunden aus, welche in kurzer Frist zum Tode führten. Sehr ausgeprägt war dagegen der örtliche Schock, selbst ohne Verletzung grösserer Nerven u. s. w. war der Verlust der funktionellen Leistung der Glieder meist vollständig und zwar während Stunden und selbst Tagen.

Aufgabe der Aerzte ist es, den von vornherein aseptischen Zustand der Wunde zu erhalten, was durch thunlichst baldiges Anlegen des ersten Verbandes zu geschehen hat. Noch hält M. an dem Satz Volkmanns fest: der erste Verband entscheidet das Geschick des Verwundeten. Meist wurde von einem Kameraden, Sanitätssoldaten, Offizier oder selten von einem Arzt ein einfacher Deckverband mit dem Inhalt des Verbandpäckchens angelegt, später dann im Feldlazareth oder seltener schon in der Verbandstation der Krankenträger-Kompagnie wurde die Umgegend der Wunde unter Bedecken dieser selbst mit einem Tupfer mit Sublimat-(oder Carbol-)lösung gereinigt, darauf Watte oder Gaze gelegt und mit Binde befestigt. Undurchlässige Bedeckung ist zu vermeiden, möglichste Austrocknung der Wunde, Antrocknen der Verbandstoffe ist anzustreben. Daher fand das Aufstreuen von Pulver wenig Beifall. Häufiger Verbandwechsel ist zu umgehen, selbst wenn die äusseren Lagen des Verbands durchtränkt und übelriechend sind, entfernt man nur diese und lässt die tieferen Schichten liegen. Primäre Wundnaht hat M. zuweilen anwenden sehen, empfiehlt sie aber nicht.

Im Feldlazareth wurden nur sehr wenig Operationen, stets aber nur solche von hoher Bedeutung ausgeführt, sehr selten waren Amputationen.

Sehr interessant ist auch die Stellung, welche M. gegenüber der Frage einnimmt, ob schon während des Gefechtes der Transport der Verwundeten aus den Schützenlinien durch Träger beginnen soll. Er verneint das wegen der Gefahr nochmaliger Verwundung auf dem Rücktransporte für den Verwundeten, ebenso für den Träger.

Im Hinblick auf die allgemein als Wirkung der vergrösserten Geschossgeschwindigkeit erwartete Häufigkeit der Blutungen ist der Bericht M.'s von besonderer Bedeutung. Quetschung und theilweise Zerreissung der Gefässwandung ohne Perforation erhielt bei aseptischem Wundverlauf nur insofern eine Bedeutung, als zuweilen eine Verengerung der Gefässlichtung dadurch bewirkt wurde, ob dauernd, muss sich erst später zeigen. Hierbei war oft ein Arteriengeräusch zu hören. Blieb dagegen die Wunde nicht aseptisch, so war Sekundärblutung die Folge.

Perforation des Gefässes war in drei Graden zu beobachten: 1. seitliches Streifen mit ovalem oder rundem Loch; 2. Durchlochung des Gefässes mit Erhaltung des seitlichen Zusammenhaltes; 3. gänzliche Zerreissung. Offenbar ist der Tod durch Blutung nach aussen auf dem Schlachtfelde selbst nach den Wahrnehmungen aller, selbst der bei den Krankenträger-Kompagnien stehenden Aerzte sehr selten gewesen, zumal aus Gliederwunden. Hiervon hat M. nur ein Beispiel erfahren. Blutung nach aussen erfolgt mehr aus den Austrittsöffnungen, aber entschieden seltener als früher bei der Extraktion von steckengebliebenen Geschossen, häufiger dagegen beim Ausziehen von Schrapnellstücken.

Eine grössere Zahl von sofortigen Todesfällen dagegen ist einer inneren Blutung zuzuschreiben, insbesondere in die Körperhöhlen.

Wiederholte Blutung am zweiten oder dritten Tage war ebenso häufig bei Gliederverwundungen, als bei Verletzungen der Körperhöhlen, erstere gaben nicht selten Veranlassung zur Arterienunterbindung. Dagegen trat Sekundärblutung bei einfachen Wunden auffallend selten ein, häufiger dagegen bei Wunden mit „gangränösem“ Charakter und zwar keineswegs auf Fälle von Eiterung und Infektion beschränkt, offenbar infolge nachträglichen Absterbens eines gequetschten Stückes der Gefässröhre, meist am 10. bis 14. Tage, gelegentlich auch später. Seltener schien die Veranlassung

spätere Verletzung des Gefässes durch Knochensplitter zu sein. Auch die Sekundärblutung erfolgte nicht immer nach aussen, sondern blieb oft interstitiell oder intern. Dann war ein wichtiger Anhalt für die Diagnose das kaum je fehlende Ansteigen der Körperwärme, veranlasst durch Eintritt von Fibrinferment oder Albumose in den Kreislauf.

Was die Behandlung der Primärblutung betrifft, so genügte meist schon der geringe Druck des einfachen Deckverbandes, um sie zum Aufhören zu bringen. Ist dies nicht der Fall, so hat die Unterbindung am Ort der Verletzung selbst als Regel zu gelten. Doch würde häufig die Nothwendigkeit eintreten, mit der Carotis, Femoralis, Poplitea zugleich auch die Vene zu unterbinden und damit das Leben des Gliedes oder des Gehirns zu gefährden. Dann ist es wohl besser, die Entwickelung eines Aneurysma oder Varix zu riskiren und durch Druck das vorläufige Aufhören der Blutung anzustreben, die Unterbindung aber nur auf diejenigen Fälle zu beschränken, in denen die Blutung andauert. Die Unterbindung am Ort der Wahl empfiehlt M. nicht bei primärer oder bald wiederholter Blutung.

Bei der Sekundärblutung ist die Unterbindung am Verletzungsort indizirt, wenn der Verlauf aseptisch ist, in septischen Fällen dagegen ist die Amputation vorzuziehen. Nur wo Beides fehlschlägt, schreite man zur Unterbindung am Orte der Wahl, wovon M. einzelne Fälle mit günstigem Ausgange sah, z. B. an der Carotis communis bei Blutung aus einem Hämatom der Maxillaris interna. Insterstitielle Sekundärblutung behandelt man zunächst abwartend.

Auffallend war die Häufigkeit der Aneurysmen, und zwar aller Formen derselben, insbesondere der aneurysmatischen Varicen und varicösen Aneurysmen. Während noch 1884 Pirogoff sagen konnte, er habe niemals einen aneurysmatischen Varix gesehen, hatte jeder junge Feldarzt in Südafrika deren eine ganze Reihe beobachtet und zwar bei Schusswunden mit Kleinkaliber. Auch Aneurysma spurium oder arterielles Hämatom war häufig. Die Behandlung aller dieser Formen war die gewöhnliche und häufig von bestem Erfolg; die Unterbindung am Orte der Wahl hat auch hier nur dann einzutreten, wenn die doppelte Unterbindung am Ort der Verletzung mit Ausschälung des Sackes versagt oder aus anderen Gründen unmöglich ist.

Zahlreiche Abbildungen, worunter viele nach Röntgen-Aufnahmen, erläutern die Verletzungen der Knochen, welche sich wieder nur durch den Grad der angerichteten Zerstörung von den früheren Verletzungen durch grössere Geschosse unterscheiden, im Ganzen also milder waren. Doch fand M. einen Unterschied zwischen den Verwundungen der ersten Zeiten und denen der späteren Gefechte, bei jenen schienen die Knochenzertrümmerungen leichter, vielleicht wohl wesentlich infolge häufigeren Gebrauchs des Henry Martiny-Bleigeschosses in der späteren Zeit, oder sollte etwa aus kürzeren Abständen gefochten sein? (Ref.)

Als charakteristisch für die Kleinkaliber-Knochenbrüche führt M. an: 1. die Art des Hautausschusses, welche zuweilen den explosiven Charakter zeigten, besonders an Stellen, in denen Knochen nahe der Hautoberfläche liegen (Unterarm, Unterschenkel); 2. das Vorhandensein des schon erwähnten örtlichen Schocks; 3. der auffallende Kontrast zwischen reiner Durchlochung und äusserster Zertrümmerung in den verschiedenen Fällen; 4. das gelegentliche Auftreten von Brüchen mit hochgradiger longitudinaler

Schiefheit; 5. die Seltenheit der Querbrüche; 6. die allgemeine Neigung der Längsfissuren, in der Nähe der Gelenkenden aufzuhören.

Als Formen der Knochenbrüche am Schaft werden beschrieben: die Stern- oder Schmetterlingsform, die Keilform, die seitliche Einkerbung, der Schiefbruch, der sehr seltene Querbruch, die Durchlochung. Letztere sah er an den Schäften der Tibia, Femur, Clavicula und anderwärts, immerhin aber selten und anscheinend nur bei niedriger Geschossgeschwindigkeit. M. findet eine vollkommene Uebereinstimmung der hier beobachteten Formen mit denen, welche Mac Cormac im französisch-deutschen Kriege gesammelt hat, nur sind in diesen die Defekte ausgedehnter, die Splitterung ist grösser und erstreckt sich weiter; dagegen fehlt dort ganz die feine Zertrümmerung, welche eine Eigenthümlichkeit des jetzigen Schusses ist.

An den platten und kurzen Knochen und an den Gelenkenden der Röhrenknochen ist die einfache Durchlochung die Regel.

Im Verlauf war die langsame Heilung bemerkenswerth, namentlich in Fällen, wo der immer wieder hervorgehobene örtliche Schock stark war. Ref. möchte darauf aufmerksam machen, dass M. gerade in Hinsicht auf diesen Verwundungsschock und auf die langsame Heilung der Schussbrüche von den übrigen Berichterstattern auffällig abweicht. Die Kallusbildung war oft sehr stark, Spätnekrose kam nicht selten vor und bewirkte Wiederaufbruch einer schon geschlossenen Wunde, anscheinend oft nach begonnenem Gebrauch der Glieder. Im Ganzen entgingen aber wenig Schussbrüche der Infektion und Eiterung, selten jedoch war Pyämie, wogegen Septicämie eine grössere Zahl von Todesfällen bei Schussbrüchen der Ober- und Unterschenkel herbeiführte. Todesfälle durch Schussbrüche der Arme hat M. nicht gesehen.

Bei gewöhnlichen Schussbrüchen sind einfache Deckverbände die Regel. Lässt jedoch ein grosser Hautausschuss auf ausgedehnte Splitterung schliessen, so ist primäres Debridement vorzuziehen, von welchem M. sehr gute Erfolge sah. Für die Ruhestellung des Gliedes werden besonders Schienen aus Rohr gerühmt. Transport sollte thunlichst vermieden werden, ebenso häufiger Verbandwechsel.

Amputationen sind nur bei sehr ausgedehnter Weichtheilverletzung primär nöthig, intermediär ganz zu vermeiden, sekundär nur durch Sepsis gerechtfertigt.

Die verhältnissmässige Ungefährlichkeit der Gelenkwunden entsprach durchaus den gehegten Erwartungen. Die Behandlung ist einfach: Deckverband; weder sekundär noch primär wurde eine Resektion gemacht.

Schädelwunden erfordern sehr oft chirurgische Eingriffe, welche meist einfacher Art sind und in Erweiterung des Knochendefektes bestehen. Nur wo sehr kleine Oeffnungen bei Schüssen aus weiter Entfernung vorliegen, ist typische Trepanation am Platze, da oft Splitterung der Tafel vorliegt. Wenig zugänglich einer operativen Behandlung sind die Basisbrüche, mit Ausnahme derjenigen, welche das Dach der Augenhöhle und Nase betreffen; selbst wenn Hirnaustritt erfolgt war, konnte hier Heilung erzielt werden. Auch in der späteren Zeit zeigten sich Eingriffe oft durch Reizungserscheinungen angezeigt, und die guten Erfolge solcher Spätoperationen gehörten zu den am wenigsten erwarteten Erfahrungen.

Später Eintritt von Todesfällen noch scheinbarer Heilung von Schädelwunden durch Hirnabszesse wurde von M. nach seiner Rückkehr in die

Heimath viermal, traumatische Epilepsie zweimal gesehen, in einem der letzteren Fälle wurde von M. noch die Trepanation mit gutem Erfolg gemacht. Ruhe und Vermeiden jeden Transportes sind die Hauptindikationen.

Die alte Erfahrung des günstigen Verlaufes der Gesichtswunden wurde auch unter Herrschaft des Kleinkalibers bestätigt. Auch die drei von M. gesehenen Wunden des Pharynx hatten einen günstigen Verlauf, wogegen von den zwei Wunden der Luftröhre eine tödlich verlief, trotz der bald ausgeführten Tracheotomie.

Verletzungen der Wirbelsäule wurden vielfach beobachtet mit und ohne Betheiligung des Rückenmarkes, letztere von einfacher Erschütterung bis zu gänzlicher Trennung. Nur in Ausnahmefällen ist Operation angezeigt: 1. bei sehr starkem Schmerz oberhalb des gelähmten Abschnitts, selten von Erfolg; 2. bei wiederholtem Auftreten von Erscheinungen, welche auf Druck von Splittern auf das Rückenmark schliessen lassen, sowie 3. bei Steckenbleiben des Geschosses unter ähnlichen Erscheinungen. Je frühzeitiger zur Operation geschritten wird, desto besser die Aussichten, doch sind sie noch nach sechs Wochen nicht schlecht.

Das Vorkommen von Nervenverletzungen hat in der Aera des Kleinkalibers entschieden zugenommen und bestehen sie in einfacher Erschütterung, Quetschung oder Zerreissung. Sekundäre Beeinflussung der Nervenstämme durch Einschluss in die Narbenmasse kam selbst bei einfachen Weichtheilwunden vor, sehr häufig war Lähmung des N. musculospiralis bei Brüchen des Oberarmschaftes. Aber auch traumatische Neuritis und Neuritis ascendens kam durch ähnliche Vorgänge zu Stande. Die Möglichkeit des Vorliegens einer traumatischen Neurose muss man bei auffallenden Nervenerscheinungen nie vergessen.

Den ausgezeichneten Verlauf der durch Kleinkaliber gesetzten penetrirenden Brustwunden bestätigt auch M. Nicht vorauszusehen aber war der günstige Verlauf der penetrirenden Bauchwunden, sowohl der Wunden des Darmes als auch der grossen Drüsen. Doch erklärt M., dass er keinen Fall gesehen habe, in welchem sicher erkennbare Verwundung des Dünndarmes in Genesung ausgegangen sei; vielmehr glaube er, dass überall, wo die Annahme einer Dünndarmverwundung nur auf die Lage der Ein- und Ausschusswunde gegründet wurde und Genesung eintrat, der Dünndarm der Verletzung entgangen war. Weniger gefährlich sind die Verwundungen des Magens und Dickdarmes, und zwar geben diejenigen des Blind- und aufsteigenden Dickdarms die besten Aussichten, doch fehlte bei Genesung niemals Abszessbildung. Es werden folgende Zahlen gegeben:

Wunden des	Anzahl	Eiterung	genesen	gestorben
Magens, sicher	2	—	1	1
„ unsicher	1	—	1	—
Dünndarms, sicher	5	—	—	5
„ unsicher	10	—	10	—
Dickdarms, sicher	8	4	4	4
„ unsicher	4	—	4	—
Blase, sicher	3	3	1	2
„ unsicher	1	—	1	—
Leber	6	—	6	—
Nieren	6	—	4	2
Milz	3	—	2	1
	49	7	34	15

Als Regel wird aufgestellt, dass das operative Verfahren nicht gerechtfertigt sei im Felde, wo die Bedingungen für den Bauchschnitt zu ungünstig seien. Nicht nur sei die Diagnose zu unsicher, sondern es sei auch verhältnissmässig zu viel Zeit aufzuwenden gegenüber den geringen Aussichten auf Erfolg und die aseptische Ausführung zu schwierig. Im Gegensatz zu diesen Gegenindikationen habe die Erfahrung in Südafrika den oft überraschend günstigen Verlauf der penetrirenden Bauchwunden bei rein abwartender Behandlung ergeben. Jedenfalls war der Austritt von Darminhalt nicht so erheblich, als man erwarten durfte, und die Därme entgehen häufig, wie gesagt, der Durchbohrung.

Das letzte Kapitel des Buches ist den Verwundungen durch grobe Geschützsplitter gewidmet, welche naturgemäss ausgedehntere Zerreissungen hervorbrachten, jedoch nur zu geringem Theil vorkamen und wenig Bemerkenswerthes darboten.

Das ganze Buch ist vornehm ausgestattet und stellt eine interessante Lektüre dar. Lühe.

D. Verschiedene Kriege.

1) Matthiolius. Aerztlicher Bericht über den Seekrieg zwischen Japan und China. M. R. 2. Heft. — 2) Sanegoski und Suzuki. The surgical and medical history of the naval war between Japan and China, during 1894/95. Tokio. Bespr. M. R. 2. Heft. — 3) Majewski. Sanitäre Einrichtungen im griechisch-türkischen Kriege. M. A. No. 1 u. 2.

(1) Verfasser giebt einen Auszug aus dem 1901 erschienenen japanischen Sanitätsbericht über den Seekrieg 1894/95 (The surgical and medical history of the naval war between Japan and China during 1894/95. Uebersetzung von Suzuki. Tokio. Printing Co.)

In neun Kapiteln hat der Bericht die Beobachtungen der japanischen Marineärzte in diesem Kriege niedergelegt. Zunächst wird eine eingehende Schilderung der einzelnen Schlachten gegeben; die Hauptgrundlage für die Kriegschirurgie ergiebt die Schlacht am Yalu; an ihr nahmen zwölf japanische Kriegsschiffe theil mit einer Besatzung von 3826 Köpfen; insgesammt waren 26 Aerzte eingeschifft. Diese zwölf Schiffe erhielten 139 feindliche Treffer, wodurch 90 Mann getödtet, 208 verwundet oder verletzt wurden. — Von den übrigen Schlachten brachten nur die vor Wei-hai-wei, an denen 24 Schiffe, 14 Torpedoboote und ein Landungskorps — zusammen 6356 Köpfe — betheiligt waren, nennenswerthe Verluste. — Kapitel II zählt dann alle einzelnen Verletzungen — nach der Körpergegend geordnet — auf und beschreibt eingehend die wichtigeren unter ihnen. Kapitel III bringt eine grosse Zahl interessanter Tabellen über die Verluste der Marine in diesem Kriege; aus diesen ergiebt sich unter Anderem, dass die Aerzte mit 7,7 % Todten die höchste Sterblichkeit erreichten, während das Sanitätspersonal mit 15 % Verlusten (Gefallene und Verwundete) die höchste Zahl unter allen Besatzungskategorien erreicht; das liegt zum Theil an der unzweckmässigen Lage und Einrichtung der Verbandräume, welche mehrfach von Geschossen getroffen und vollständig zerstört wurden. Kapitel IV schildert die Verletzungen, nach Art und Ursache geordnet, Kapitel V die Wundkomplikationen, Kapitel VI die Wundbehandlung. Es folgen die Krankheiten (hauptsächlich Typhus und Cholera) in Kapitel VII. Die sanitären Verhältnisse

(Kapitel VIII) und eine Uebersicht über die Thätigkeit in den verschiedenen Marinelazarethen (Kapitel IX). — Aus dem Bericht geht hervor, dass eine Seekriegschirurgie als ein gesondertes, wohl umschriebenes und unterschiedenes Kapitel der allgemeinen Kriegschirurgie hinzustellen ist. Die Mehrzahl der Schusswunden ist durch schwere Artilleriegeschosse direkt und indirekt hervorgerufen und unterscheidet sich nach Zahlenverhältniss und Art wesentlich von den Verwundungen des Feldkrieges. Neben Geschossfragmenten, Eisen- und Holzsplittern, sind nicht selten Gasdruck und Feuerwirkung des explodirenden Geschosses Ursache der Verletzungen, wobei es vorkommen kann, dass eigene Munition, durch feindliche Geschosse zur Explosion gebracht, die verheerende Wirkung letzterer noch wesentlich verstärkt. — Um so mehr ist es erforderlich, einer guten Wundbehandlung an Bord die Wege zu ebnen; schon beim Entwurf eines Kriegsschiffes muss ein geeigneter, gut geschützter Raum mit zweckentsprechender Einrichtung vorgesehen werden, welcher als Verband- bezw. Operationsraum dient; der Verwundetentransport muss gut einexerzirt sein. — Strikte Durchführung hygienischer Verbesserungsvorschläge ermöglichen es, selbst unter den ungünstigen Verhältnissen eines Seekrieges die Erkrankungsziffer in erträglichen Grenzen zu halten.

Koenig.

(3) Nach Majewski war im griechisch-türkischen Kriege 1897 die erste Hülfe auf beiden Seiten unzulänglich. Bei der türkischen Armee war für den mobilen Sanitätsdienst fast nichts vorbereitet, und wegen Mangels an Sanitätsmaterial liess sich nichts improvisiren. Friedenssanitätsausrüstung besteht nicht, Sanitätstruppe ist nicht vorhanden. Bei der Mobilmachung wurde die Aufstellung je einer Ambulanz der ersten und zweiten Linie für jede türkische Division angeordnet. Armeechefarzt war auf türkischer Seite der Brigadegeneral Dr. Achmet Hileni Pascha. Die Vorsorgen bezüglich des Sanitätswesens umfassten auf dieser Seite die Erweiterung mehrerer Militärspitäler in Konstantinopel, Saloniki, Monastir u. s. w. und die Aufstellung neuer Lazarethe an einer grösseren Anzahl von Orten, so dass man in erster Linie hinter dem voraussichtlichen Schlachtfelde über 2830 Betten verfügte. In Elassona war das Arzneihauptdepot errichtet. Im Ganzen kamen türkischerseits 2537 Kranke zur Behandlung, wovon 81 starben. Die Verluste der Türken an Todten und Verwundeten dürften ungefähr 4000 betragen haben. Nach dem Waffenstillstand erkrankten noch etwa 4000 Mann. Anordnungen betreffs Abschubs der Verwundeten fehlten, für die Lagerhygiene war gar nicht gesorgt.

Auf griechischer Seite wurden vor Beginn des Krieges Feldlazarethe in Volo, Trikkala und Larissa errichtet und nach Volo und Larissa grosse Mengen von Sanitätsmaterial gesendet. In Athen wurden die bestehenden Militärspitäler erweitert, so dass im ersten Momente für 2000 Kranke und Verwundete Raum vorhanden war. An Aerzten war kein Mangel. Das auf Tragthieren verladene Sanitätsmaterial der griechischen Feldsanitätsanstalten ging durch die Niederlagen an der Grenze verloren. Alle Verwundeten aus Thessalien wurden nach dem Piräus, Athen und Chalkis, jene aus Epirus nach Korfu, Kephalonich, Zante, Patras und Athen gebracht. Die Verluste der Griechen an Verwundeten betrugen 2219 Mann, darunter 103 Offiziere. Die türkischen Verwundeten wurden auf langen, beschwerlichen Landwegen auf Tragthieren in die Lazarethe des Hinterlandes gebracht, während die griechischen Verwundeten nach einem kurzen Land-

transporte auf Kriegs- oder Transportschiffen in die rückwärtigen Sanitätsanstalten gelangten.

Für den Militärsanitätsdienst hat dieser kurze Feldzug keine nennenswerthen Errungenschaften gebracht. Kirchenberger.

IX. Marine-Sanitätswesen. Koloniales und Tropenkrankheiten.

A. Marine-Sanitätswesen.

1) Aus dem statistischen Sanitätsbericht über die Kaiserlich Deutsche Marine für den Zeitraum vom 1. April 1897 bis 31. März 1899. Bespr. V. K. G. No. 27. — 2) Der Gesundheitszustand der englischen Kriegsflotte im Jahre 1899. V. K. G. No. 30. — 3) Port. Die Ansprüche der überseeischen Kriegführung an den Sanitätsdienst. M. m. W. No. 8. — 4) Schlick. Das Hochseelazarethschiff „Gera". M. R. 7. Heft. — 5) Otto. Terpentinvergiftung durch Schiffsladung. A. S. u. T. H. No. 9. — 6) Krafft. Moderne Marine-Kasernenbauten. M. R. Heft 6. — 7) Belli. Descrizione della regia nave „varese" sotto il punto di vista dell' igiene. Supplemento agli An. m. n. Anno VII. Vol. II. — 8) Gazeau. De l'origine des promotions sorties de l'école navale de 1884 à 1900. A. m. n. No. 8. — 9) Nouvelle instruction technique pour la statistique médicale de la marine. A. m. n. No. 1. — 10) Méhauté. L'acuité visuelle des officiers de la marine marchande. A. m. n. No. 3. — 11) Leo. Postes de combat des blessés. A. m. n. No. 3. — 12) Diago. Du chauffage à bord. A. m. n. No. 10. — 13) Rho e Belli. Relazioni originali e resoconti dal XIII. Congresso internazionale di medicina a Parigi 1900. Roma: a) La ventilazione delle navi de guerra. b) Il fattore professionale nella morbosità del personale delle macchine. c) Communicazioni riguardanti la medicina e l'igiene navale e coloniale. — 14) Diago. Alcoholisme. A. m. n. No. 7. — 15) Dengny des Déserts. Hygiene des bâtiments et des équipages de l'escadre du nord. A. m. n. No. 11 u. 12. — 16) Cipollone. Il vitto dei militari della regia Marina sulle navi in riserva e in armamento. An. m. n. Aug.-Sept.-Heft. — 17) Rho. Le moderne navi-ospedale. An. m. n. Juliheft. — 18) Tiberio. Il vitto dei militari della R. Marina destinati di servizio a terra o sulle navi in disponibilità. An. m. n. No. II.

(3) Die von P. schon wiederholt aufgestellte Forderung, die Verwundeten mit solchen fixirenden Verbänden zu versehen, dass sie ohne Schmerzen und ohne Schaden transportfähig sind, sollte bei der überseeischen Kriegführung unter keinen Umständen vernachlässigt werden, da die Verwundeten oft viele Tagereisen mit fortgeschleppt werden müssen, um sie nicht den grässlichsten Verstümmelungen seitens der Feinde auszusetzen. Er empfiehlt zur geeigneten Lagerung und Immobilisirung seine Stuhlbahre und seine Transportverbände aus Bandeisen. Schurig.

(4) Verfasser giebt zunächst eine eingehende Beschreibung der Arbeiten, welche nöthig waren, um den Lloyddampfer „Gera" in ein für die

Tropen bestimmtes Lazarethschiff zu verwandeln. Dank den Vorarbeiten, welche für den Mobilmachungsfall fertig gestellt waren, liess sich diese Umwandlung in kurzer Zeit bewerkstelligen; „Gera“ wurde zur Aufnahme von 300 Mann und 20 Offizieren eingerichtet, mit Operationssaal, Verbandzimmer, mehreren Sterilisationsapparaten, Röntgenkabinet, Krankentransportmitteln u. s. w. versehen, kurz in mustergiltiger und vorbildlicher Weise ausgerüstet; diese Thatsache ist namentlich auch von allen sachverständigen Besuchern fremder Marinen anerkannt worden. — Nachdem das Schiff von Ihrer Majestät der Kaiserin am 25. Juli 1900 inspizirt worden war, ging es am 28. Juli in See nach Ostasien. Im Ganzen wurden in der Zeit vom 6. Oktober 1900 bis Anfang Mai 1901 an Bord des Lazarethschiffes 507 Mann behandelt; von diesen gehörten dem Expeditionskorps der Marine 182 Mann, der Flotte 148 Mann und dem ostasiatischen Expeditionskorps 161 Mann an. 5 Leute waren Ausländer und 11 weitere Civilisten des Dampfers „Gera“. — Von diesen 507 erkrankten Leuten konnten bis zum 1. Mai 232 geheilt entlassen werden. 198 wurden in die Genesungsheime nach Yokohama und Kobe als Rekonvaleszenten gesandt; 72 waren am 1. Mai im Bestand. Koenig.

(5) Ein Matrose, der beim Laden von Terpentinöl in Fässern, von denen einige leck waren, beschäftigt und den Terpentinausdünstungen ausserdem in seinem Wohn- und Schlafraum ausgesetzt war, erkrankte nach zwei Tagen an toxischer Nephritis, deren Symptome lediglich in Strangurie und blutigem Harn bestanden, ohne dass sein Allgemeinbefinden sonst in irgend einer Weise gestört gewesen wäre. — Im Anschluss an diesen — immerhin sehr seltenen Fall — werden die Vorsichtsmaassregeln besprochen, die auf Schiffen mit Terpentinladung gegen solche Vorkommnisse getroffen werden sollten.

(6) Verfasser beschreibt die neue für die Werftdivision in Wilhelmshaven fertiggestellte Kasernenanlage; sie besteht aus einem Wirthschafts-, einem Stabsgebäude, 5 Kompagniekasernen, 3 für je 250, 2 für je 180 Mann, ferner 2 Familienwohnhäusern und einem Exerzirschuppen. Alle Wohnräume der Mannschaften liegen nach Süden; in jedem Geschoss der Kasernen liegt ein Waschraum für die Mannschaften. Derselbe enthält zwei Reihen mit emaillirten Kippbecken versehene Waschtische, denen das Wasser direkt aus der Wasserleitung zugeführt wird. Durch diese Einrichtung, die sich trefflich bewährt, ist das Waschen in den Mannschaftsstuben gänzlich beseitigt worden. — Eine andere neue Einrichtung in den Kasernen ist die Anordnung von Aborten in unmittelbarem Zusammenhang mit den Treppenhäusern; die Aborte sind für Verbrennung nach dem System Arnheim angelegt. Jeder Abort hat 16 Sitze. Die Abgänge fallen durch Kothtrichter unmittelbar auf den Rost bezw. die Pfanne eines eisernen, im Untergeschoss aufgebauten Ofens mit zwei Wechselfeuern und werden nach Bedarf verbrannt bezw. verdampft. Da bei voller Belegung nur alle drei Tage ein paar Stunden geheizt zu werden braucht, kann die Bedienung leicht durch die Kasernenwärter erfolgen. — Die Verbrennungsaborte sind in der Anlage etwas theurer, sie sind jedoch wirthschaftlich vortheilhaft und bei sorgfältiger Behandlung ohne jeden Geruch, da durch den hohen Schornstein sehr reichliche Lüftung der Räume erfolgt.

(8) Verfasser macht den interessanten Versuch, den Ersatz der französischen Marine an Seeoffizieren nach den Provinzen zu ordnen, aus denen sie in die Marineschule eingetreten sind; er stellt fest, dass unter

1277 Aspiranten, die in den Jahren 1884 bis 1899 in die Marine eingetreten sind, der bei weitem grösste Theil aus den Küstenländern stammt. (Bei uns dürfte das Gegentheil der Fall sein.) Im Uebrigen sind alle Departements mit Ausnahme der Hautes Alpes und der Gegend von Belfort betheiligt. — Elsass-Lothringen hat noch bis zum Jahre 1897 (!) künftige Offiziere gestellt und zwar 12 in 16 Jahren.

(9) Die neue Instruktion regelt die französische Berichterstattung über den Sanitätsdienst in eingehender Weise; das Berichtsjahr entspricht dem Kalenderjahr; bis zum 1. Mai sind die Sanitätsberichte einzureichen und zwar soll bereits vom Jahre 1900 der erste Bericht nach den neuen Bestimmungen angefertigt werden.

(Hoffentlich entschliesst sich das Marine-Ministerium dazu, diese Berichte zusammenzustellen und einen Sanitätsbericht zu veröffentlichen, wie es in den meisten Marinen schon geschieht; neben der französischen entbehren nur die türkische, skandinavische, griechische und argentinische Marine dieser Einrichtung. Ref.)

(10) In der französischen Kriegs- und Handelsmarine werden verschiedene Ansprüche an die Sehschärfe der Neueinzustellenden gemacht. — Verfasser verlangt, dase diese Unterschiede aufhören und dass für beide Karrieren die Prüfung der Sehleistung nach einheitlichen wissenschaftlichen Methoden angestellt werde. — Zu diesem Zweck giebt er einen Amétropometer und eine optometrische Scheibe zur Feststellung etwaiger Refraktionsfehler an, Instrumente, deren Beschreibung hier zu weit führen würde.

(11) Verfasser giebt eine Uebersicht über den jetzigen Stand der Verband- und Transportfrage für die Verwundeten an Bord französischer Kriegsschiffe; er weist nach, dass ein geregelter Dienst und besondere Einrichtungen unter Panzerschutz für den Verwundetentransport und für ihre Behandlung unumgänglich nöthig seien, und er verlangt, dass beim Bau der Schiffe besondere Räume für den Sanitätsdienst im Kriegsfalle vorgesehen und eingebaut werden sollen; er wünscht ferner, dass durch eingehende allgemein geltende Vorschriften der Dienst an den Verwundeten geregelt und schon in Friedenszeiten geübt werde.

(13) Verfasser giebt eine genaue Beschreibung der an Bord der „Redoutable“ im November 1899 eingebauten Dampfheizung und der günstigen Wirkung, die diese auf den Gesundheitszustand der Besatzung ausgeübt hat.

(14) Verfasser hat unter 524 Mann der Besatzung seines Schiffes bei 93 offenbare Zeichen chronischer Alkoholvergiftung vorgefunden; dieser sehr hohe Prozentsatz wird noch bemerkenswerther durch die fernere Beobachtung, dass 37 von diesen Leuten erst 20 bis 25 Jahre alt waren; er hat dann in der Batterie eine Warnungstafel anbringen lassen, auf der die schädlichen Folgen des Alkohols aufgezeichnet sind. — Er schlägt ferner vor, dass der Verschleiss von Bier und Milch an Bord gestattet werden sollte. Koenig.

B. Koloniales und Tropenkrankheiten.

1) Hueppe, Ferdinand. Ueber die modernen Kolonisationsbestrebungen und die Anpassungsmöglichkeit der Europäer in den Tropen. Bespr. D. m. Z., S. 536. — 2) Däubler, K. Grundzüge der Tropenhygiene. Bespr. D. m. Z., S. 528. — 3) Bekanntmachung des Kaiserlichen Gouverneurs von Deutsch-Ostafrika, betreffend die gesundheitspolizeiliche

Kontrole der einen Hafen des deutsch-ostafrikanischen Schutzgebietes anlaufenden Seeschiffe. D. K., No. 12. — 4) Polizeiverordnung, betreffend zwangsweise Impfung im Bezirk Victoria. D. K., No. 8. — 5) Polizeiverordnung, betreffend zwangsweise Impfung im Bezirk Kamerun. D. K., No. 8. — 6) Verordnung, betreffend den Kleinhandel mit geistigen Getränken und deren Ausschank in Kamerun. D. K., No. 5. — 7) Klima und Gesundheitsverhältnisse in Togo. J. E. D. Sch., S. 4. — 8) Klima und Gesundheitsverhältnisse in Kamerun. J. E. D. Sch., S. 64. — 9) Klima und Gesundheitsverhältnisse von Deutsch-Neu-Guinea, einschliesslich der Karolinen, Palau und Marianen 1899/1900. J. E. D. Sch., S. 169. — 10) Klima und Gesundheitsverhältnisse der Marschall-Inseln. J. E. D. Sch., S. 218. — 11) Witterungs- und Gesundheitsverhältnisse in Deutsch-Südwestafrika. J. E. D. Sch., S. 148. — 12) Gesundheitsbericht über Deutsch-Ostafrika. J. E. D. Sch., S. 92. — 13) Friedrichsen (Zanzibar). Ueberblick über die Gesundheitsverhältnisse der Insel Zanzibar. A. S. u. T. H., No. 11. — 14) Meteorologische Beobachtungen in Togo, angestellt in Tafie, Worawora, Amedjowe, Sebbe und Lome. W. B. D. K., XIV. Bd., 3. Heft. — 15) Fortmüller, Loehreke und Franke. Resultat der meteorologischen Beobachtungen in Swakopmund im Jahre 1900. W. B. D. K., XIV. Bd., 3. Heft. — 16) Volkens. Meteorologische Beobachtungen, angestellt in Yap (Karolinen) vom 1. Dezember 1899 bis 22. Juni 1900. W. B. D. K., XIV. Bd., 3. Heft. — 17) Organisation des Sanitätswesens in Deutsch-Südwestafrika. D. K., No. 16. — 18) Koch, R. Die sanitären Verhältnisse der Karolinen und Marianen. D. K., No. 3. — 19) Lübbert. Ueber die Heilmethoden und Heilmittel der Eingeborenen in Deutsch-Südwestafrika. W. B. D. K., XIV. Bd., 2. Heft. — 20) Koch, R. Ein Versuch zur Immunisirung von Rindern gegen die Tsetsekrankheit (Surra). D. K., No. 24, Beilage. — 21) Bekämpfung der Tsetsefliege. D. K., No. 23. — 22) Abwehrmaassregeln gegen die Beulenpest in Deutsch-Südwestafrika. D. K., No. 9. — 23) Die Pestgefahr für Deutsch-Ostafrika. A. S. u. T. H., No. 11. — 24) Ruge, R. Ein Wort zur Behandlung frischer Fälle tropischer Dysenterie. D. m. Z., No. 14. — 25) Shiga, Studien über die epidemische Dysenterie in Japan unter besonderer Berücksichtigung des Bacillus dysenteriae. D. m. W., No. 43, 44 und 55. — 26) Kohlbrugge. Die Aetiologie der Aphthae tropicae. A. S. u. T. H., No. 12. — 27) Schellong. Die Neu-Guinea-Malaria einst und jetzt. A. S. u. T. H., No. 10. — 28) Fiebig, Einfluss des Alkohols auf den Europäer in den Tropen. A. S. u. T. H., No. 1 bis 3. — 29) Fischer, Bernh. Zur Frage der sogenannten remittirenden Fieber der wärmeren Länder. A. S. u. T. H., No. 5. — 30) Rothschuh. Die Syphilis in Nicaragua. A. S. u. T. H., No. 3. — 31) Violet, Note d'ethnographie sur Quang-Tscheved-Wan. A. m. n., No. 4. — 32) Chastang. Quelques considérations sur la nature de la fièvre climatique. A. m. n., No. 7. — 33) Gros. L'assistance médicale en Algérie. A. m. n., No. 11.

(3) Die Verordnung regelt die Untersuchung aller das deutsche Schutzgebiet anlaufenden Schiffe für den Fall, dass sie 1. im Abgangshafen oder während der Reise Fälle von Cholera, Gelbfieber oder Pest an Bord gehabt haben, oder 2. aus einem Hafen kommen, gegen dessen Herkünfte die Ausübung der Kontrolle angeordnet ist. — Für Schiffe, welche unter farbigen Schiffern fahren, treten schärfere Vorsichtsmaassregeln in Kraft; diese Schiffe sollen nur dann nicht untersucht werden, wenn sie dem

Nahverkehr dienen und nachweislich nur den unverdächtigen Verkehr mit benachbarten Hafenplätzen vermitteln; dienen sie dem Fernverkehr, so fällt die Untersuchung nur dann fort, wenn jeder Verdacht der Berührung eines verseuchten Hafens oder der in einem an sich unverdächtigen Hafen erfolgten Annahme von Personen oder Herkünften aus einem verseuchten Hafen ausgeschlossen erscheint.

Eine ausführliche Desinfektionsanweisung ist der Bekanntmachung beigegeben.

(4 und 5). Die Bezirksämter Kamerun und Victoria sind ermächtigt, zwangsweise Impfungen der schwarzen Arbeiter, Handwerker u. s. w. (sowohl der importirten als der einheimischen) auf Faktoreien, Plantagen und Missionen anzuordnen.

(6) Durch die Verordnung soll der Ausbreitung des Kleinhandels mit geistigen Getränken entgegengetreten werden; der Händler muss eine Konzession des Gouvernements nachsuchen, die nur ertheilt wird, wenn das Bedürfniss nachgewiesen ist, und für welche er eine jährliche Abgabe von 100 Mark zu zahlen hat.

(7) Im Berichtsjahr waren zwei Regierungsärzte im Schutzgebiet thätig, von denen der eine als Leiter des Nachtigal-Krankenhauses in Klein-Popo, der andere in Lome seinen Wohnsitz hatte.

Nach dem Bericht des Regierungsarztes in Lome kamen 9 Todesfälle unter den Europäern vor; die Todesursache war 5 mal Schwarzwasserfieber (4 Personen starben daran im Hinterlande) 2 mal Malaria, je 1 mal Tuberkulose und Dysenterie.

Von den 190 zur Beobachtung gelangten Erkrankungen betrafen 72 Malaria, die also immer noch bei Weitem den ersten Platz einnimmt; die überwiegende Mehrzahl der Malariaerkrankungen wurde während der Regenmonate (Juni bis September) beobachtet, während welcher die Moskitos überall erheblich zahlreicher auftreten als in der trockenen Periode. Mit der prophylaktischen Darreichung des Chinins, das in der Dosis von 1,0 anfänglich jeden 5. Tag, später nach der Empfehlung R. Kochs jeden 8. und 9. Tag in gleicher Dosis verordnet wurde, wurden nur gute Erfahrungen gemacht.

(8) Das Berichtsjahr muss für die Europäer als ein ungewöhnlich günstiges bezeichnet werden; bezüglich der Malaria ist dies mit darauf zurückzuführen, dass die methodische Chininprophylaxe mit anerkennenswerther Energie fortgeführt worden ist. Immerhin erkrankten an Malaria:

A. Beamte	66
Davon komplizirt mit Schwarzwasserfieber .	3
B. Von der Schutztruppe	27
Davon komplizirt mit Schwarzwasserfieber .	5
C. Missionare und Kaufleute	56
Davon komplizirt mit Schwarzwasserfieber . .	4

Es starben an Malaria 4, an Schwarzwasserfieber 12 Personen. — Ein Fall von Schlafkrankheit der Neger kam zur Beobachtung; interessant ist ferner, dass im Jahre 1899 auf einer Missionsstation am Ito der Kaiserschnitt von einer als Hebamme ausgebildeten Missionsangehörigen an einer europäischen Missionsfrau mit bestem Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt worden ist. (!)

(9) Als das wichtigste Ereigniss in gesundheitlicher Beziehung für das alte Schutzgebiet Deutsch-Neu-Guinea im Berichtsjahre ist die An-

wesenheit der Kochschen Malaria-Expedition anzusehen; deren Erfolge können hier als bekannt vorausgesetzt werden.

Aus Herbertshöhe wird berichtet, dass im Archipel vom 1. Juli 1899 bis 30. Juni 1900 9 Europäer starben; 4 wurden durch die Eingeborenen ermordet, in 2 Fällen war Lungentuberkulose, in je einem Malaria, Schwarzwasserfieber und Malariacachexie die Todesursache. Der Gesundheitszustand der Europäer war im Allgemeinen gut; in den Monaten November und Dezember, noch mehr im Monat März, der mit reichlichen Niederschlägen verbunden war, häuften sich die Erkrankungen an Malaria; doch zeichneten sie sich durch kurze Dauer und guten Verlauf aus.

Aus Ponape berichtet der Regierungsarzt von einer Keuchhustenepidemie, die nicht allein unter den Kindern, sondern auch unter den Erwachsenen wüthete und zahlreiche Opfer forderte. Malaria wurde bei 3 Melanesiern, 4 Malayen, 11 Eingeborenen festgestellt.

Von den Marianen wird berichtet, dass Malaria dort unbekannt, Dysenterie dagegen unter den Eingeborenen, wenn auch in leichter Form, häufig ist.

Nothwendig erscheint die Isolirung von Lepra- und Syphiliskranken.

(10) Der Passatwind, der in den beiden vorhergehenden Jahren ausgeblieben war, hat Mitte Dezember eingesetzt und stetig geweht. Die im Berichtsjahre gefallene Regenmenge betrug 3237 mm gegen 4942 mm im Vorjahre.

Das Schutzgebiet wurde im Berichtsjahr zweimal, im Mai und November von der Influenza heimgesucht.

Nach einem Bericht des Regierungsarztes betrug die Gesammtzahl der im Berichtsjahre ärztlich behandelten Personen 1126, wovon 73 der weissen und 1053 der farbigen Rasse angehörten.

(11) Die Zahl der Krankheitsfälle ist im Berichtsjahr beträchtlich gesunken — in der Schutztruppe auf 174 pCt. der Iststärke gegen 192 im Vorjahre. — Den bedeutendsten Antheil an diesem Rückgang hat die Abnahme der Malaria. Die Besserung der Gesundheitsverhältnisse ist nicht zum mindesten dem Umstande zu danken, dass der Ansiedler auf die Herstellung seiner Wohnung grössere Sorgfalt verwendet und sich die Beschaffung guten Trinkwassers angelegen sein lässt. In diesem Bestreben wird derselbe seitens der Regierung durch Erbauung von Brunnen und Wasserleitungen sowie mittelst Trockenlegung sumpfiger Stellen in der Nähe der Wohnplätze unterstützt. Die über das ganze Schutzgebiet hin vertheilten kleinen Sanitätsstationen wurden von der Bevölkerung als eine Wohlthat empfunden, und ihre Hülfe wird vielfach in Anspruch genommen. Ebenso erfreuen sich die neben den Lazarethen eingerichteten Polikliniken eines von Jahr zu Jahr zunehmenden Besuches seitens der Eingeborenen.

Zu den öffentlichen Impfterminen haben sich in Keetmanshoop 250, in Outjo 100 Eingeborene gestellt.

(12) Der Gesundheitszustand der Europäer im Allgemeinen weist gegen das Vorjahr keine wesentlichen Unterschiede auf; Wechselfieber war auch in diesem Jahre weitaus die am häufigsten vorkommende Krankheit. In dem Gouvernementslazareth zu Dar-es-Salâm finden in der Zeit vom 1. Juli 1899 bis 30. Juni 1900 277 Personen mit 4855 Verpflegungstagen Aufnahme. An Malaria litten 158, an Schwarzwasserfieber 24 und an Ruhr 6, also $^2/_3$ aller Patienten an Tropenkrankheiten. Gestorben sind von diesen 270 Kranken 7 und zwar 2 an Schwarzwasserfieber, 1 an Gehirnentzündung, 1 an Wechselfieber u. s. w.

Die in vielen Gegenden im vorigen Jahr aufgetretenen Pockenepidemien haben aufgehört.

Schutzpockenimpfungen wurden in noch grösserem Umfange wie in den Vorjahren vorgenommen. In der Zeit vom 1. Juli 1899 bis zum 31. März 1900 sind über 70 000 Menschen geimpft worden; da von einzelnen Stationen, auch Missionsstationen, Meldungen noch ausstehen, ist die Zahl der Geimpften wahrscheinlich noch bedeutend grösser. Die überwiegende Menge der Impfungen wurde durch das Sanitätspersonal der Schutztruppe ausgeführt, doch haben sich auch Laien, die in der Impftechnik unterwiesen wurden, in reger Weise am Impfgeschäft betheiligt.

(13) Nach einem kurzen Ueberblick über das Klima Zanzibars und über gewisse hygienische Verhältnisse der Insel (Wasserversorgung und Fäkalienbehandlung) geht Friedrichsen auf die dort beobachteten Krankheiten ein, unter denen Malaria die erste Stelle einnimmt; der Verlauf ist ein milder, Schwarzwasserfieber wurde in sechs Jahren nicht beobachtet; Ruhr kommt selten, noch seltener Beri-Beri vor; unter den Eingeborenen sind Pocken endemisch; beobachtet wird Lepra, Elephantiasis und gelegentliche Infektionskrankheiten, wie Masern, Influenza u. s. w. (Referent vermisst die Erwähnung gewisser Drüsenerkrankungen, die unter dem Namen „klimatische Bubonen" gerade auf Zanzibar früher sehr häufig beobachtet wurden.)

(14) An regelmässigen meteorologischen Beobachtungen haben sich Pflanzer, Missionare und Beamte auf den Stationen Tafie am Agu, Worawora, Amedjowe, Tehbe und Lome betheiligt; die Resultate werden ausführlich mitgetheilt.

(15) Die Beobachtungsergebnisse weichen von denen des Vorjahres nicht ganz unerheblich ab. Das Jahresmittel der Lufttemperatur war 15,4° gegen 16,6° im Jahre 1899. Der wärmste Monat war der Januar mit 17,1° Mitteltemperatur, der kälteste der August mit 12,6°. Das mittlere Maximum der Temperatur betrug nur 19,0° gegen 22,4° im Jahre 1899; das mittlere Minimum 12,5° gegen 12,9° im Jahre 1899, die mittlere Monatsschwankung stellte sich also auf 6,5° gegen 9,5° im Jahre 1899. Die absolute Schwankung der Temperatur war am grössten im Juni (29,0°), am geringsten im Februar und Dezember (11,1°). Bewölkung und Regenfall waren erheblich grösser als im Vorjahre. Letzterer betrug 34,5 mm gegen 13,2 mm. An fünf Tagen fiel ein messbarer Niederschlag; das Maximum des täglichen Regenfalles betrug 14,7 mm. Am 24. Mai fand das einzige Ferngewitter statt, das von 8^{30} p. bis 2 a. dauerte und einen Regenfall von 11,2 mm lieferte.

16) Die Temperaturbeobachtungen ergaben eine sehr hohe und gleichmässige mittlere Monatstemperatur von etwa 28° C. Die Hauptregenzeit fällt in die zweite Jahreshälfte, der regenreichste Monat war der Oktober mit 538 mm Niederschlag. Bemerkenswerth erscheint die ziemliche Häufigkeit von Erdbeben.

(17) Das ganze Schutzgebiet ist in sechs ärztliche Bezirke eingetheilt, von denen jeder einem Arzt bezw. Sanitätsoffizier unterstellt ist, während der Chefarzt die Verwaltung von Windhoek aus dirigirt oder auf Dienstreisen inspizirt. Der Sanitätsdienst zerfällt in Gesundheits- und Krankendienst und gliedert sich in den Dienst bei den Feldkompagnien, den Lazarethen und den Aussenstationen; dazu kommt die Versorgung der Civilbevölkerung mit ärztlicher Hülfe. Der Arzt in Swakopmund nimmt zugleich die Funktionen der Hafensanitätspolizei wahr. Zur Durchführung

des Sanitätsdienstes stehen im Schutzgebiet zur Verfügung: Vier Sanitätsstationen 1. Klasse mit einem stabilen Lazareth von durchschnittlich 30 Betten nebst einer grossen Apotheke und Instrumenten, wie es in Deutschland Lazarethe von 70 bis 100 Betten haben, in Windhoek, Swakopmund, Outjo und Keetmanshoop, ferner 11 Sanitätsstationen 2. Klasse mit Feldlazareth, Baracke oder Lazarethstuben von durchschnittlich 10 Betten, sowie 32 Sanitätsstationen 3. Klasse mit einer kleinen Kofferapotheke bezw. einem Nothverbandkasten sowie mit Krankenproviant und Stärkungsmitteln über das ganze Schutzgebiet vertheilt. Ein Lazarethdepot und eine Quarantäneanstalt befinden sich in Swakopmund.

(19) Lübbert hat seinen langjährigen Aufenthalt in Südwestafrika benutzt, um eingehende Studien über die Heilmittel der Eingeborenen zu machen; er berichtet über die staunenswerthe Geschicklichkeit, mit der diese die Massage praktisch ausüben; ferner sind hydropathische Umschläge und Schwitzmittel ausgiebig in Gebrauch; aber auch die medikamentöse Behandlung wird geübt, und L. erwartet von weiteren Studien, dass unser Arzneischatz um manchen brauchbaren Körper sich wird bereichern lassen. Auch in der kleinen Chirurgie sehen wir die Eingeborenen rationell vorgehen. Aborte kommen häufig genug vor und zwar vorzüglich artifizielle. Ausser den rein medizinischen Beobachtungen enthält Lübberts Arbeit eine Fülle interessanter und wichtiger Beiträge zur Ethnologie der südwestafrikanischen Eingeborenen.

(20) Koch hat während seines Aufenthaltes in Deutsch-Ostafrika im Jahre 1897 Versuche angestellt, um eine Schutzimpfung gegen die Tsetsekrankheit aufzufinden und ist an einigen Thieren zu einem positiven Resultat gelangt; da die Krankheit gerade bei Rindern von sehr langer Dauer sein kann, berichtet er erst jetzt darüber. Koch entnahm von einem Ochsen, bei dem sich zahlreiche Trypanosomen (Krankheitsstoff der Surra) nachweisen liessen, 200 ccm defibrinirten Blutes und spritzte es verschiedenen Thieren unter die Haut; alle Thiere erkrankten, bis auf den Esel, die Ochsen und die Meerschweinchen. Eine Ratte diente zu einem zweiten Impfversuch, der an zwei Ratten und einem Hund vorgenommen wurde; von letzterem wurden weiter geimpft: 2 Hunde, 2 Rinder, 4 Esel, 3 Ratten. Während nun die Ratten und Hunde erkrankten und verendeten, die Esel auch diesmal gesund blieben, zeigten die Rinder nach 10 bezw. 13 Tagen vereinzelte Trypanosomen, die aber nicht zahlreicher wurden, sondern zunächst vorübergehend, dann endgültig verschwanden. Diese Thiere erwiesen sich auch gegen weitere Infektionen tsetsekranker Rinder als immun, und eines derselben hat bis zum Jahre 1901 unter der Obhut des Thierarztes Schmidt gestanden und ist trotz mehrfacher Impfungen mit virulentem Blut gesund geblieben. Koch will aus diesem Erfolge keine weitgehenden Schlüsse ziehen, wohl aber die Anregung zu weiteren derartigen Untersuchungen geben und den Weg andeuten, welcher mit Aussicht auf Erfolg zu beschreiten ist.

(22) Um der Einschleppung der Beulenpest aus der Kapkolonie nach Südwestafrika zu begegnen, wurde eine Quarantänestation in Swakopmund errichtet und der zweite Hafen des Schutzgebietes — Lüderitz-Bucht — für den direkten Verkehr von der Kapkolonie gesperrt. Ein bakteriologisch vorgebildeter Arzt, der mit einem kompleten Laboratorium versehen ist, untersucht die hygienischen Verhältnisse der Küstenplätze und arbeitet an der Abwehr der Seuche.

(23) Verfasser bespricht eingehend die Gefahr der Pesteinschleppung nach Deutsch-Ostafrika, die der Kolonie sowohl von der Seeseite als aus dem im Innern gelegenen Pestherd Kisita droht, und begründet die an anderer Stelle besprochenen Schutzmaassregeln.

(26) Kohlbrugge fand bei der Sektion eines an tropischen Aphthen gestorbenen Mannes im Darm und in der Zunge zahlreiche Hefepilze, welche dem Oidium albicans sehr ähnlich waren; dieselben fanden sich dann in den Faeces von vier an der gleichen Krankheit leidenden Patienten, ebenso, wie in dem erbrochenen Mageninhalt und in dem Zungenbelag; diese „Oidien" entwickeln sich — im Gegensatz zu denen der Stomatomycosis — nur auf saurem Nährboden.

(27) Verfasser giebt zunächst einen historischen Rückblick über die Gründung der Kolonie Kaiser Wilhelmsland, deren erster Arzt er bekanntlich gewesen ist; auf Grund seiner damals gemachten Erfahrungen untersucht er, inwieweit diese mit den Kochschen Darstellungen übereinstimmen bezw. diesen widersprechen. In letzterer Hinsicht betont Verfasser die Bedeutung der Milztumoren, deren diagnostischer Werth auch trotz der Blutuntersuchungen bestehen bleibt; so lange die Milzschwellung nachweisbar ist, muss Jeder, der Malaria überstanden hat, als inficirt gelten, selbst wenn ein Parasitenbefund nicht vorhanden ist.

(28) Verfasser, der von 1879 bis 1900 dauernd sich in Java, Sumatra und Borneo aufgehalten hat, ist auf Grund seiner ärztlichen Beobachtungen nach 14jährigem Aufenthalt zur Alkoholabstinenz übergegangen und hat dann einen Abstinentenverein gegründet und weitere Erfahrungen gesammelt; er tritt nunmehr für völlige Enthaltung von Alkohol in den Tropen ein und weist durch eine Reihe interessanter Thatsachen nach:

1. dass abstinente Personen in den Tropen leistungsfähiger und widerstandsfähiger gegen den Einfluss des Klimas sind und
2. dass in der Behandlung tropischer Krankheiten der Alkohol entbehrlich ist.

Namentlich in der ersten Frage stimmt Verfasser wohl mit allen erfahrenen Tropenärzten und den meisten Forschungsreisenden überein.

(29) Verfasser erinnert daran, dass eine Gruppe tropischer Krankheiten noch der Erforschung harrt, die man früher als zur Malaria gehörig angesehen hat, die aber aller Wahrscheinlichkeit nichts damit zu thun haben; diese kontinuirlichen bezw. remittirenden Fieber werden meist in Gegenden erworben, in denen Malaria herrscht; sie werden aber durch Chinin in keiner Weise beeinflusst, die Milz wird gar nicht oder nur wenig vergrössert gefunden; das Fieber beherrscht auch hier das Krankheitsbild, das aber durchaus keinen übereinstimmenden Charakter trägt, so dass man versucht hat, verschiedene Krankheitsformen unter diesen kontinuirlichen bezw. remittirenden Fiebern zu unterscheiden. — Blutuntersuchungen liegen bis jetzt nicht vor. Fischer berichtet über eigene Erfahrungen, die er als Marinearzt gesammelt hat, und stellt aus den Marine-Sanitätsberichten die einschlägigen Fälle zusammen.

(30) Verfasser berichtet aus einem Lande, in welchem die Syphilis seit vier Jahrhunderten eingeschleppt ist und jetzt ungemein häufig vorkommt. Es ist anzunehmen, dass an 70 % der männlichen, 50 % der weiblichen Bevölkerung syphilitisch sind oder gewesen sind. Seine Beobachtungen haben ihn zu folgenden Schlüssen geführt: 1. Die Syphilis in Nicaragua verläuft kürzer und milder; 2. der Primäraffekt ist vom Ulcus molle meist nicht zu unterscheiden; 3. die sekundären Erscheinungen

zeigen ähnliche Formen wie bei uns, aber abgeschwächt; mehr hervortretend sind Drüsen- und Gelenkaffektionen; 4. tertiäre Symptome sind selten, namentlich fehlen die schweren Erscheinungen des Zentralnervensystems; 5. Spuren von hereditärer Syphilis finden sich sehr häufig, schwere Formen sind selten; 6. die Ursache für den milden Verlauf ist in der Durchseuchung der Bevölkerung zu suchen, zum geringeren Theil vielleicht in dem trockenen, heissen Klima.

(31) Verfasser giebt eine Beschreibung der Frankreich im April 1898 abgetretenen Kolonie Quang-Tschéved-Wan; er schildert Land und Leute, Klima und Krankheiten und kommt zu dem Schluss, dass die neue Besitzung einst ein Sanatorium für alle französischen Kolonien im fernen Osten werden könne.

(32) Ch. berichtet von den Erfahrungen, die er an Bord des Kreuzers „Beautemps Beaupré" über das klimatische Fieber in Afrika, Indien, China und im Stillen Ocean gemacht hat; er versteht darunter das remittirende Fieber, das mit Malaria nichts zu thun hat und dessen wechselndes Bild er genauer beschreibt. Verfasser neigt zu dem Glauben, dass es sich dabei um eine Infektion durch den Colibacillus handle und dass der Ausbruch der Krankheit durch den Klimawechsel nicht hervorgerufen, sondern nur begünstigt werde. — Prophylaktische Vorschläge, die nur für französische Verhältnisse zutreffen, schliessen die Arbeit.

(33) Um eine bessere Versorgung der Eingeborenen Algiers mit ärztlicher Hülfe herbeizuführen, ist die vorliegende Arbeit verfasst worden; der Autor untersucht zunächst, in welcher Weise die Nationen, die neben der französischen an der Spitze der Kolonialmächte marschiren, in dieser Hinsicht für ihre Kolonien gesorgt haben; als solche erkennt er nur die Holländer und Engländer an; die von diesen in Indien getroffenen sanitären Einrichtungen werden ebenso wie diejenigen des Kongostaates kurz geschildert. — Es werden dann die jetzigen Zustände in Algier beschrieben und nachgewiesen, dass diese sehr verbesserungsbedürftig sind; zu diesem Zwecke wird vorgeschlagen, eingeborene Aerzte auszubilden und die Zahl der Hospitäler bezw. Polikliniken für Araber zu vermehren. Koenig.

X. Biographisches.

1) Krocker. Die 70. Geburtstagsfeier Sr. Excellenz des Generalstabsarztes der Armee v. Coler. D. m. Z. S. 237. — 2) Körting. Generalstabsarzt v. Coler †. M. W. Bl. No. 76. — 3) Krocker. Generalstabsarzt v. Coler †. D. m. Z. S. 645. — 4) Kübler. Zum Gedächtniss Alwin v. Colers B. kl. W. No. 36. — 5) Buttersack. Nekrolog auf Alwin v. Coler. M. m. W. No. 40 S. 1572. — 6) Steiner, Joh. Generalstabsarzt Alwin v. Coler. M. A. No. 17 u. 18. — 7) Habart. Alwin v. Coler. W. kl. W. No. 12 u. 38. — 8) Generalarzt Gründler. D. m. Z. S. 249. — 9) Generalarzt Goedicke †. D. m. Z. S. 365. — 10) Krocker. Oberstabsarzt Prof. Kohlstock †. D. m. Z. S. 252 u. 317. — 11) Generalarzt Krosta. D. m. Z. S. 626. — 12) Krocker. Oberstabsarzt Oskar Müller †. D. m. Z. S. 539. — 13) Krocker. Generaloberarzt Nicolai. D. m. Z. S. 431. — 14) Generalarzt Seggel. D. m. Z. S. 364.

— 15) Der 80. Geburtstag Rudolf Virchows. D. m. Z. S. 625. — 16) Pfeiffer. Zum Gedächtniss für Max v. Pettenkofer. H. R. No. 15. — 17) Erismann. Max v. Pettenkofer. Ein Lebensbild. D. m. W. No. 14, 16, 18, 19 u. 20. — 18) Militärärztliche Abschiedsfeier für Prof. v. Eiselsberg. D. m. Z. S. 250. — 19) Richter. Henri Dunant. M. A. No. 23 u. 24. — 20) Denkstein für Goercke. D. m. Z. S. 448.

(6) Steiner widmet dem am 26. August 1901 verstorbenen Generalstabsarzt Prof. Dr. Alwin v. Coler einen warmen Nachruf. Seine hervorragenden Verdienste um das deutsche Militär-Sanitätswesen beziehen sich einerseits auf die Organisation des Heeres-Sanitätsdienstes im Frieden und im Kriege, andererseits auf die wissenschaftliche Aus- und Fortbildung der Sanitätsoffiziere. In ersterer Beziehung seien nur die Schaffung der Kriegs- und Friedens-Sanitätsordnung, die Ausstattung der Lazarethe, die Systemisirung von Divisionsärzten im Frieden, die Gehaltsverbesserung und Vermehrung der höheren Stellen bei den Sanitätsoffizieren, die Einsetzung von Ehrengerichten u. s. w. hervorgehoben. Auf wissenschaftlichem Gebiete verdienen — abgesehen von den ausgezeichneten schriftstellerischen Arbeiten — die Umgestaltung und reiche Ausstattung der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, die Errichtung von Fortbildungskursen für die Militärärzte, die Kommandirung solcher an die Kliniken und Institute u. A. m. genannt zu werden.

(20) Anlässlich der Verleihung des Nobel-Preises an Henri Dunant erinnert Richter an die unvergänglichen Verdienste, die sich dieser schlichte Genfer Bürger um die Sache der Genfer Konvention und des Rothen Kreuzes erworben hat. Wo und wann immer die weisse Fahne mit dem rothen Kreuze flattert, gedenkt man dieses edlen Mannes, durch dessen Ehrung mit dem Nobel-Preise sich die ganze gebildete Welt geehrt fühlt. Kirchenberger.

XI. Verschiedenes.

1) Bibliothek v. Coler. Herausgegeben von O. Schjerning. D. m. Z., S. 234. — 2) Steiner. Das Militär-Sanitätswesen auf der Pariser Weltausstellung 1900. M. A., No. 5, 6, 9 und 10. — 3) Krocker und Friedheim. Deutscher militärärztlicher Kalender für 1902. Bespr. D. m. Z., S. 667. — 4) Förster. Die preussische Gebührenordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896. 4. Aufl. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 168. — 5) Dienstanweisung für die Kreisärzte. Berlin. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 168. — 6) Kirchner, M. Die wesentlichsten Bestimmungen der deutschen Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901. Klin. Jahrbuch. 8. Bd. Jena. Bespr. D. m. Z. 1902. — 7) Pichler. Die ärztliche Handapotheke. Bespr. D. m. Z., S. 234. — 8) Korn. „Der Arzt.“ „Das Buch der Berufe.“ Bd. VI. Ein Führer und Berather bei der Berufswahl. Hannover. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 259. — 9) Schilling, Steuerpflicht, Steuerdeklaration und -Reklamation für Aerzte und Zahnärzte in allen deutschen Bundesstaaten. Bespr. D. m. Z., S. 538. — 10) Tilmann. Ueber amerikanische Aerzte und ihre Ausbildung. D. A. Z., Heft 13. — 11) v. Bardeleben und Haeckel. Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Bespr. D. m. Z., S. 186. —

12) Zuckerkandl. Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Wien und Leipzig. Bespr. D. m. Z., S. 186 und 1902, S. 91. — 13) Henle-Merkel. Grundriss der Anatomie des Menschen. Braunschweig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 90. — 14) Bollinger. Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. Bespr. D. m. Z., S. 59. — 15) Müller, Joh. Der Bau und die Thätigkeit des menschlichen Körpers. Bespr. D. m. Z., S. 535. — 16) Mohr. Compendium der Physiologie. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 91. — 17) Fraenkel, M. Die 20 Prüfungsaufgaben der allgemeinen Pathologie. Leipzig. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 167. — 18) v. Erlach und v. Woerz. Beiträge zur Beurtheilung der Bedeutung der vaginalen und sakralen Totalexstirpation des Uterus für die Radikalheilung des Gebärmutterkrebses. Wien. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 94. — 19) Sommer, G. Die Prinzipien der Säuglingsernährung. Bespr. D. m. Z., S. 531. — 20) Sobotta. Neuere Anschauungen über die Entstehung der Doppel(miss)bildungen mit besonderer Berücksichtigung der menschlichen Zwillingsgeburten. Würzburg. Bespr. D. m. Z. 1902, S. 98. — 21) Abelsdorff. Ueber einige Fortschritte unserer Kenntnisse von den Thatsachen der Gesichtsempfindung. D. m. W., No. 34. — 22) Wiener. Ueber synthetische Harnsäurebildung im Thierkörper. D. m. Z., S. 374 (V. K. I.). — 23) Körting. Nutzen und Grenzen der Stenographie im Verwaltungsdienste. Der Deutsche Stenograph, No. 8.

(1) Die einzelnen Bände der in der D. m. Z. ihrer Bedeutung entsprechend ausführlich gewürdigten Bibliothek v. Coler sind in diesem Bericht in demjenigen Abschnitt aufgeführt, in welchen sie ihrem Inhalt nach gehören. Red.

Nachtrag zu Abschnitt II (Organisation).

Bulgarien.

Ueber das bulgarische Militär-Sanitätswesen im Frieden giebt C. Ekeroth in T. M. H. S. 156 ff. eine kurze Uebersicht.

Dänemark.

Jörgensen, Axel. Uebersicht über die Thätigkeit des bakteriologischen Laboratoriums im Garnisonlazareth Kopenhagen in den Jahren 1896 bis 1900. Mltl. S. 98.

Die zwei Räume sind durch Fortnahme der Zwischenwand in Verbindung gebracht, das Instrumentarium vermehrt und ein Stall für Versuchsthiere hinzugekommen. In den Jahren 1896 bis 1900 sind im Ganzen 12 266 Untersuchungen angestellt, davon 1582 auf Tuberkelbazillen, 8602 auf Diphtherie, 482 auf Gonokokken. Mageninhalt wurde 150 mal untersucht. Die Färbe- und sonstigen Methoden sind die gewöhnlichen. Besondere Arbeiten betrafen die Sterilisirung von Verbandstoffen in zugelötheten Blechkapseln, ferner Kasernendesinfektion mit Formaldehyd.

Norwegen.

1) H. Blich-Holst. Etwas über das norwegische Sanitätskorps. Mltl. S. 161. — 2) Berg-Nielsen. Ueber die Verpflegung im norwegischen Heer.

(1) Ueber die weitere Entwickelung der norwegischen Armee im Jahre 1900 berichtet Sanitätskapitän H. Blich-Holst. Die Altersklassen sind in Linie und Landwehr vermehrt. Die Gesammtdienstzeit beträgt nunmehr 16 Jahre, davon 6 in der Linie, 6 in der Landwehr, 4 im Landsturm. Letzterer ist für die Infanterie und die Sanität völlig eingerichtet. In Nordland, Finland und Tromsö ist die allgemeine Wehrpflicht durchgeführt. Die Uebungszeit ist verlängert, die Rekrutenschule beträgt nunmehr bei der Kavallerie 90 Tage, der Feldartillerie 80 Tage, Pionieren 60 Tage, Küstenartillerie, Infanterie und Sanität 48 Tage, dem Train 18 Tage. Hierzu im ersten Jahr durchweg 24 Tage Kompagnieexerziren. Im 2., 3. und 4. Jahr finden Uebungen von 24 Tagen statt, eine ebensolche Landwehrübung im 7. Jahr. Jeder Reserveoffizier der Sanität übt wie die Mannschaft, also 120 Tage in der Linie, 24 Tage in der Landwehr. Das aktive Sanitätskorps ist vermehrt um 1 Major, 3 Hauptleute, 1 Oberleutnant und zählt nunmehr 64. Das Mindestmaass für Krankenträger ist vermindert auf 158 cm, für die übrigen Soldaten beträgt es 159 cm. Die kriegsstarke Kompagnie hat 2 Verbandwagen, 6 Krankenwagen, 2 Bagage- und 1 Proviantwagen, zusammen 11 Wagen mit 22 Pferden. Eine Liniensanitäts-Kompagnie zählt 155 Köpfe, eine Landwehr-Kompagnie 115 Köpfe mit 9 Wagen (es fehlen 2 Krankenwagen). Das Feldlazareth hat 2 Verbandwagen, 6 Packwagen, 1 Bagagewagen, sämmtlich zweispännig. Die Sanitätsleutnants sind im Gehalt nunmehr den übrigen Leutnants gleichgestellt, 1420 bis 1900 Kronen jährlich, Adjutantenzulage 480 Kronen. In Betreff der Pension sind die Sanitätsoffiziere nunmehr ebenfalls den übrigen Offizieren gleichgestellt. Stechow.

(2) Neuere sehr verbesserte Verpflegungsbestimmungen für das norwegische Heer sind unter dem 31. Juli 1900 erlassen. Hiernach hat der Sanitätskapitän Reichborn-Kjennerud eine umfassende Anleitung zur Beurtheilung der Lebensmittel mit Staatsbeitrag herausgegeben. (Vergl. Roths Jahresbericht für 1900, S. 18 bis 19.) Die Befriedigung über die neuen Bestimmungen ist allgemein. Das Intendanturkomitee plant aber eine weitere Verbesserung durch Einrichtung von Kochkursen für die Fouriere, welche jährlich an drei Orten abgehalten werden sollen. Zwei dreiwöchentliche Kurse mit 15 und 16 Schülern sind im August und September 1900 in Christiania unter Leitung der Inspectrice für Schulküchen, Frl. Helga Helgesen abgehalten worden, wobei für 200 Mann gekocht wurde. Jeder Kursus wurde mit einer Kochübung im Freien abgeschlossen.

Schweden.

1) Zusammensetzung des schwedischen Sanitätskorps. T.M.H. S. 303. — 2) Gallström, Arvid. Einige Beobachtungen bei der Versuchsmobilisirung des Värmländischen Feldjägerkorps 1900.

(1) Das schwedische Sanitätskorps besteht aus:

1	Oberfeldarzt	(Oberst),
7	Divisionsärzten	(Oberstleutnants),
39	Regimentsärzten	(Major),
38	Bataillonsärzten	(Hauptmann),
41	„	(Leutnant),
16	Stipendiaten	1. Kl. (Leutnant),
29	„	2. Kl. (Unterleutnant)
Sa. 171.		

In der Reserve befinden sich: 4 Divisionsärzte, 3 Regimentsärzte, 37 Bataillonsärzte (2 Hauptmann). Hierzu kommen für den Kriegsfall 1 Divisionsarzt und 1 Regimentsarzt. Gesammtsumme 217.

Die Flotte hat 34 Aerzte.

(2) Ueber die Probemobilmachung des Värmländischen Feldjägerkorps berichtet Arvid Gallström: Die Hin- und Rückfahrt der Mannschaften fand Nachts in mit Bänken versehenen Wagen statt. Verf. schlägt vor, den Leuten auf Stroh ein Lager zu bereiten und, wenn nöthig, mit den Bänken eine zweite Etage zum Schlafen herzustellen. Verf. tadelt, dass den Mannschaften das zweite Hemde genommen war. Zur Fusspflege war seitens des Divisonskommandeurs den Truppen das Mitführen von Tannin befohlen. Im Medizinwagen vermisst Verf. Lysol, ferner ein Waschbecken und zwei Schalen für Instrumente. Der Wagen selbst wird für zu schwer erachtet (die Deichsel brach) und der norwegische zweirädrige Karren empfohlen. In Betreff der Krankenträger wünscht Verf. eine Stellung derselben mehr unter Befehl des Arztes und Abtrennung von der Truppe. Stechow.

Gedruckt in der Königlichen Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn,
Berlin SW 12, Kochstrasse 68—71.

NU 699

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

W. Roths Jahresbericht

über die

Leistungen und Fortschritte

auf dem Gebiete des

Militär-Sanitätswesens.

Herausgegeben

von der

Redaktion der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift.

XXXII. Jahrgang.

Bericht für das Jahr 1906.

Ergänzungsband

zur

Deutschen militärärztlichen Zeitschrift.

Berlin 1907.

Ernst Siegfried Mittler und Sohn

Königliche Hofbuchhandlung

Kochstraße 68—71.

ON MED
FEB 28 19
LIBRARY
FEB 28 191
MED C

Alle Rechte aus dem Gesetze vom 19. Juni 1901
sowie das Übersetzungsrecht sind vorbehalten.

Vorwort.

Den XXXII. Band von Roths Jahresbericht (Berichtsjahr 1906) so frühzeitig fertigzustellen, daß er wenigstens noch im Jahre 1907 erscheinen konnte, ist zu unserem aufrichtigsten Bedauern nicht möglich gewesen, doch geben wir uns der zuversichtlichen Hoffnung hin, daß, nachdem die neue Schriftleitung und die Herren Referenten sich miteinander eingearbeitet haben, künftighin die Fertigstellung so weit beschleunigt werden wird, daß der Jahresbericht bereits in dem auf das Berichtsjahr folgenden Herbst oder gar Sommer zur Versendung gelangen kann. Hinsichtlich der Auswahl und Anordnung des Stoffes ist von dem bisherigen Brauche abgegangen worden, indem nur das Militär-Sanitätswesen betreffende Arbeiten in Referaten berücksichtigt worden sind, wie dies die ursprüngliche Aufgabe des Jahresberichtes war. Damit aber gleichzeitig der Bericht von dem regen wissenschaftlichen Arbeiten der Sanitätsoffiziere auf allen Gebieten der medizinischen Wissenschaft Zeugnis ablege, sind von Sanitätsoffizieren stammende Arbeiten, auch wenn sie nicht das Militär-Sanitätswesen unmittelbar betrafen, genannt worden. Infolge dieser Beschränkung im Stoffe ist es möglich, daß der Jahresbericht ein zuverlässiges Bild von den Fortschritten auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens gibt. Dieses gesteckte Ziel zu erreichen, soll unermüdlich angestrebt werden, wird aber nur erreicht werden können, wenn alle Herren Kameraden von ihren wissenschaftlichen Veröffentlichungen stets einen Abzug der Schriftleitung zusenden werden, um das hiermit aufs inständigste gebeten wird.

Der nachstehende Bericht für das Jahr 1906 umfaßt 975 Literaturangaben, von denen 691 Arbeiten teils im Berichte selbst, teils in der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift besprochen worden sind.

*

Unterstützt wurde die Schriftleitung in der hervorragendsten Weise von den Herren Generalarzt a. D. Dr. Körting, Generaloberarzt Prof. Dr. A. Koehler, Stabsärzten Dr. Schwiening, Dr. Stier, Dr. Ph. Kuhn. Neben diesen Herren, denen sich die Schriftleitung zu tiefst empfundenem Danke verpflichtet fühlt, haben an dem Zustandekommen des Werkes mitgearbeitet:

K. u. K. Stabsarzt Dr. Steiner-Wien,
Fördelningsläkare Dr. Ekeroth-Stockholm,
Generalarzt z. D. Dr. Grofsheim,
Generalarzt a. D. Dr. Meisner,
Oberstabsarzt Dr. Blau,
„ Dr. Neuburger,
Stabsarzt Dr. Graeßner,
„ Dr. Rißom,
„ Dr. Geißler.

Berlin, im Januar 1908.

Prof. Bischoff,
Oberstabsarzt.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

I. Militär-Sanitätswesen 1

A. Geschichtliches 1
B. Organisation 3
1. Argentinien, 2. Chile, 3. Dänemark, 4. Deutschland, 5. Frankreich, 6. Großbritannien, 7. Italien, 8. Japan, 9. Norwegen, 10. Österreich-Ungarn, 11. Portugal, 12. Rußland, 13. Schweden, 14. Vereinigte Staaten.
C. Wissenschaftliche Tätigkeit in militärärztlichen Gesellschaften und auf Kongressen 15
D. Sanitätspersonal und Sanitätsmaterial 17
1. Fortbildung des Sanitätspersonals 17
2. Ausgestaltung des Sanitätsmaterials 19
E. Ersatzwesen 19
1. Rekrutierung, Dienstunbrauchbarkeit und Invalidität 19
2. Simulation 22

II. Militär-Gesundheitsdienst 23

A. Hygiene des Dienstes (allgemein) 23
B. Unterkunft 24
C. Bekleidung und Ausrüstung 26
D. Ernährung 26
E. Wasserversorgung 28
F. Seuchenbekämpfung 30
1. Allgemeine Bakteriologie 30
2. Allgemeine Prophylaxe 30
3. Desinfektion 32

III. Militär-Krankendienst 33

A. Allgemeines 33
1. Ausstattung der Lazarette und Revierkrankenstuben, Krankenfürsorge 33
2. Röntgenologie 34
3. Physikalische Therapie 35
B. Armeekrankheiten 35
1. Innere Krankheiten 35
a. Vergiftungen und andere Allgemeinerkrankungen 35
b. Infektionskrankheiten 36
Typhus u. Paratyphus; Meningitis cerebrospinalis; Tuberkulose.
c. Erkrankungen der Atmungsorgane ausschl. Tuberkulose . . 43
d. Erkrankungen der Kreislauforgane 44
e. Erkrankungen der Ernährungsorgane 45

Seite

2. Geistes- und Nervenkrankheiten 46
3. Chirurgische Krankheiten 53
   a. Allgemeines 53
      1. Technik, 2. Wundbehandlung, 3. Wundkrankheiten und ihre Behandlung, 4. Allgemeine und örtliche Betäubung.
   b. Chirurgische Erkrankungen der einzelnen Körpergegenden 60
      1. Kopf, Hals und Wirbelsäule, 2. Brust, 3. Bauch, 4. Gliedmaßen.
   c. Verletzungen durch Kriegswaffen 67
4. Augenkrankheiten 70
5. Ohrenkrankheiten 71
6. Zahnpflege 71
7. Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane und Hautkrankheiten 73
   a. Harnorganerkrankungen 73
   b. Syphilis 74
   c. Gonorrhoe 75
   d. Andere Geschlechts- und Hautkrankheiten 76

IV. Kriegs-Sanitätsdienst 77
1. Organisation und Ausrüstung der Sanitätsformationen . . . 77
2. Sanitätstaktik 79
3. Erste Hilfe auf dem Schlachtfelde 80
4. Verwundetentransport 82
5. Genfer Konvention 87
6. Freiwillige Krankenpflege 87
7. Russisch-japanischer Krieg 89
8. Südwestafrikanischer Krieg 100

V. Marine-Sanitätswesen 102

VI. Koloniale Medizin 105
1. Lehrbücher 105
2. Krankheiten 105
   Malaria, Schwarzwasser, Rückfallfieber, Pocken, Ruhr, Trypanosomiasis, Gelbfieber, Pest, Beri-Beri, Lepra, Filariosis, Maltafieber, Kala-azar, Tropenleber, Bilharzia, Elefantiasis, Tollwut, Geschlechtskrankheiten.
3. Krankheiterregende Insekten 111
4. Arzneiwesen 111
5. Chirurgische Erfahrungen in den Kolonien 111
6. Transport von Kranken und Verwundeten in den Kolonien . 111
7. Ernährung in den warmen Ländern 111
8. Tropentauglichkeit 112
9. Ärztliche Berichte aus den Kolonien 112

VII. Militär-Sanitätsstatistik 114
1. Amtliche Berichte 114
2. Sonstige Medizinalstatistische Arbeiten 130

VIII. Biographisches 131

Verzeichnis der vorkommenden Abkürzungen.

A. f. D. u. S. = Archiv für Dermatologie und Syphilis.
A. f. H. = Archiv für Hygiene.
A. K. G. = Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte.
A. k. M. = Archiv für klinische Medizin.
A. kl. Ch. = Archiv für klinische Chirurgie.
A. m. B. = Archives médicales Belges.
A. m. C. Z. = Allgemeine medizinische Centralzeitung.
A. M. et Ph. m. = Archives de médecine et de pharmacie militaire.
A. m. n. = Archives de médecine navale.
A. N. G. = Army and navy Gazette.
A. S. u. T. H. = Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene.
A. Sch. M. Z. = Allgemeine Schweizer Militär-Zeitung.
An. m. n. = Annali di medicina navale.
A. V. Bl. = Armee-Verordnungs-Blatt (preuß.).
A. Z. = Armee-Zeitung.

B. i. C. R. = Bulletin international des Sociétés de la Croix-Rouge,
B. kl. Ch. = Beiträge zur klinischen Chirurgie.
B. kl. W. = Berliner klinische Wochenschrift.
B. m. J. = British medical Journal.
B. off. U. f. m. rés. = Bulletin officiel de l'Union féderative des médecins de réserve.
B. V. Bl. = Bayerisches Verordnungs-Blatt.

Cad. = Le Caducée.
C. Ch. = Centralblatt für Chirurgie.
C. f. B. = Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde.
Ch. An. = Charité-Annalen.

D. m. W. = Deutsche medizinische Wochenschrift.
D. m. Z. = Deutsche militärärztliche Zeitschrift.
D. m. Z., A. B. = Dieselbe, Amtliches Beiblatt.
D. V. ö. G. = Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege.
D. Z. = Dermatologische Zeitschrift.
D. Z. Ch. = Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

Fr. m. = La France militaire.

G. d. hôp. = Gazette des hôpitaux.
G. d. osp. = Gazetta degli ospedali.
G. I. = Gesundheits-Ingenieur.
G. m. = Giornale medico del regio esercito.
G. R. v. L. = Gedenkschrift für Rudolph v. Leuthold. 2. Bd. Berlin 1905. Aug. Hirschwald.

H. R. = Hygienische Rundschau.
Hyg. Z. = Hygienisches Zentralblatt.

J. a. m. s. = Journal of the association of military surgeons of the United States.
J. m. B. = Journal médical de Bruxelles.
J. M. C. = Journal of the Royal army medical corps.

Kl. J. = Klinisches Jahrbuch.

L. = The Lancet.
v. L. J. = von Löbells Jahresberichte.

M. A. = Der Militärarzt.
M. f. U. = Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen.
M. G. T. = Militär-Geneeskundig Tijdskrift.
M. Kl. = Medizinische Klinik.
Mltl. = Militærlægen.
M. m. W. = Münchener medizinische Wochenschrift.
M. R. = Marine-Rundschau.
M. V. = Militärärztliches Vademecum des Deutschen militärärztlichen Kalenders.
M. W. Bl. = Militär-Wochenblatt.
M. Z. = Militär-Zeitung.

N. m. Bl. = Neue militärische Blätter.
N. T. M. = Norsk Tidskrift for Militaermedizin.
N. V. = Normal-Verordnungsblatt für das k. u. k. Heer.

O. m. w. V. = Organ der militär-wissenschaftlichen Vereine.

P. m. W. = St. Petersburger medizinische Wochenschrift.
Pr. m. W. = Prager medizinische Wochenschrift.

Röntg. F. = Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.
R. h. p. s. = Revue d'hygiène et de police sanitaire.
R. K. = Das Rote Kreuz (Berlin).
R. m. R. = Russische medizinische Rundschau.
R. mil. s. = Revue militaire suisse (Lausanne).

S. A. V. Bl. = Sächsisches Armee-Verordnungsblatt.
Sch. M. f. O. a. W. = Schweizerische Monatsschrift für Offiziere aller Waffen. (Frauenfeld).
S. m. = Semaine médicale.
S. M. Z. = Schweizer Militärzeitung.
St. ö. m. Z. = Streffleurs österreichische militärische Zeitschrift.

Th. M. = Therapeutische Monatshefte.
T. M. H. = Tidskrift i Militaer-Helsovård (Stockholm).
Th. d. G. = Therapie der Gegenwart.

V. = Die Vedette (Wien).
V. A. = Virchows Archiv.

V. g. M. = Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen.
V. M. S. W. = Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens.

W. kl. W. = Wiener klinische Wochenschrift.
W. m. J. = Wojenno medizinski Journal.
W. m. Pr. = Wiener medizinische Presse.
W. m. W. = Wiener medizinische Wochenschrift.

Z. f. ä. F. = Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.
Z. f. D. u. ph. Th. = Zeitschrift für Diätetik und physikalische Therapie.
Z. f. exp. P. u. Th. = Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie.
Z. f. H. = Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten.
Z. f. K. = Zeitschrift für Krebsforschung.
Z. k. M. = Zeitschrift für klinische Medizin.

Alphabetisches Autoren-Verzeichnis.

(Die fettgedruckten Seitenzahlen betreffen Arbeiten, die im Jahresbericht oder in der D. m. Z. besprochen sind.)

Abel, Rochs, Coste 55.
Adam 58.
Ahlfeld 55.
Almy **80.**
Alvernhe **112.**
Amberger **64.**
Ammon, v. **22.**
Andereya **71.**
Anderson 66.
Angney **80.**
Antonyu. Dopter **37.**
Apt 17.
Arnheim u. Dietrich **55.**
Arx, v. **130.**
Asbeck, E. **55.**
Ask **23, 33.**
Axhausen 54.

Babes u. Mironescu 74.
Balck, J. A. **113.**
Ballner **28.**
Banister **114.**
Barratt **30.**
Barthelmy **80.**
Bartlek 54.
Bassett-Smith, P.W. 109.
Baudouin **54.**
Baumann, E. 30.
— u. Fraenkel 41.
Bechthold, A. 44.
Beck, A. 70.
—, C. **53, 60, 66.**
Becker **51.**
Beer 74.
Beer u. Hoffmann, E. 74.
Behm, v. 67.
Belli, M. **28,** 30, **102.**
Benedikt 16.
Bennecke **46.**
Benntmann 105.
Bentivoglio, G., u. Piutti, A. **27.**
Berger 74.
Berghaus 30.
Bergmann, E. v. **67.**
Berké 112.
Bernardo, L. **43.**
Bernert 50.
Bestelmeyer, R. 56.
Bevacqua, A. **45.**
Beveridge **26,** 112.
Beyer **79.**
Bieck **23.**
Billroth-Winiwarter 53.
Birt 37, **109,** 110.
Bischoff u. Musehold **28.**
Blackham, R. J. 113.
Blecher **60.**
Blich Holst **26.**
Bloch 17.
Blumfield 57.
Bobitschek **37.**
Bock 36.
Böse 113.
Böttcher **30.**
Bofinger **107.**
Bogajewski **87.**
Boigey 79.
Bondesen, J. **30.**
Bonnette 67, **82.**
Bono, D. **44.**
Borchard **60.**
Borchardt **60.**
Borchert **90.**
Borischpolski **47,** 90.
Bornhaupt 56.
Bosmans 47.
Bosse 57, 58.
Bottstein 76.
Bousfield, L. 109.
Braun **60, 62.**
Brecht 23.
Brentano **53, 61,** 67, **77.**
Breuer 16.
Brewitt **60.**
Bruchhausen, K. v. **5.**
Bruck 75.
—, Neisser, Schucht 74.
—, Wassermann, Neisser 74.
Bruinsma 130.
Brunzlow **20.**
Bryan **60.**
Buber 76.
Buchanan 53.
Budde **54.**
Bürgi 74.
Bull **75.**
Burmeister 54.
Buschke u. Fischer 74.
Bushnell **41.**
Busse 57.
Buttler **7.**

Candido u. Rosati, T. **60.**
Cantle, J. 112.
Carel **52.**
Cavalier **80.**
Center **71.**
Championnière, L. **34.**
Chandoye 51.
Chauvel **20, 80.**
Chavigny **22, 47.**
Cheval **67.**
Christian 32.
Christofidis **66.**
Chroback 54.
Clarholm **54.**
Clifford, Gill 55.
Coccone, M. **26.**
Cochrane, E. W. u. Grattan, H. W. 107.
Collin **20.**
Colmers **34, 66, 82, 90.**
Connell 60
Consiglio **47,** 50.
Conte **71.**
Coppola. N. **108.**
Coste **64.**
—, Rochs, Abel 55.
Crawford, Kennedy, J. 109.
—, —, - u. Harrocks, W. H. **109.**
Credé 54.
Cummins, S. L. 110.
Daae, H. **79.**
Dahlheim 82.
Dalen, van **113.**
Dammermann **106.**
Danziger 74.
Dargein u. Lévy 50.
Dautwitz **20.**
Dauve 57.
Daviès, A. M. 109.
Denis **58.**
Deutsch 75.
Devine **28.**
Diesnig 105, **107,** 108.
Dietrich u. Arnheim **55.**
Ditthorn u. Gilemeister 36.
Dieudonné 30, 40.
— Wöscher u. Würdinger **40.**
Dobrzyniecki, v. 16.
Doebbelin **64.**
Döderlein **53.**
Dölger, Rob. **20.**
Dolaw u. Stern 64.
Dolcetti **62.**
Dopter u. Antony, **37.**
Doutrelepont u. Grouven 74.
Drastich 17, **46.**
Dreesmann 62.
Drevon u. Hauger 57.
Drigalski, v. 30, 37.
Drüner 34.
Düring, v. **74.**
Duncan, Andr. M. D. 111.
Dunér **14.**

Eckert, H. **107,** 110.
Edholm **14.**
Ehrhardt 54.
Ehrlich **56.**
Ehrmann u. Vieth 76.
Eichel, Th. 64.

Ronalet 50.
Roque, Bern. 113.
Rosati u. Candido 60.
Roscher 74.
Rosenbach 74.
Rosenberg u. Quodi 71.
Rosenstein 67.
Roß 28, 82, 109.
Rossow 70.
Roth, A. 70.
Rotter 53.
Rouffart u. Walravens 57.
Roussel u. Lesnès 51.
Rouvillois u. Thévenot 67.
Rudberg, K. 102.
Rühs u. Schultze 46.
Ruge 105.
Rumpel 35.
Rupprecht, Prinz von Bayern 91.
de Ruyter u. Kirchhoff 53.

Saccone, G. 73.
Sachs-Müke 30.
Salinari, S. 60.
Salanoue 108.
Samperi, G. 70.
Santucci, S. 70.
Saughan 64.
Saussailoff u. Telitschenko 55.
Scarano 23, 47.
Schäfer 46.
Scheidl 16, 56.
Schieffer 20, 35.
Schilling 72.
Schindler 75.
— u. Siebert 76.
Schleich, C. L. 80.
Schlesinger 75.
Schmeichler 70.
Schmidt, G. 20, 56.
—, Osk. 64.
Schmiedicke 28.
Schneider 17.
Schöppler, H. 44.
Schubert 57.
Schucht, Neisser, Bruck 74.
Schücking 90.
Schuftan 54.
Schulthess, H. 130.
Schultze, E. u. Rühs 46.
Schulz 75.
Schulze 74.
Schumburg 55.
Schwiening 20, 90.
Seeker 57.
Seel 19.
Seidelmann, W. u. Müller, E. 23.
Seige u. Gundlach 37.
Selby u. Forman 37.
Serieux 21.
Serra 47.
Sertoli 50
Sestini, L. 28, 102.
Sforza, C. 27, 41.
Shaw, E. A. 109.
Siebert u. Schindler 76.
Simonin 24.
— u. Lemoine 24.
Simon u. Perrin 23.
Sniowjeff 102.
Smith, F. 77.
Söderberg 41.
Soltau 62.
Sonnenburg 58.
Sowz 17.
Spooner 102.
Sprengel 55.
Srutek 17.
Stade, K. 102.
Stamforth 41.
Staniek 17.
Starr 60.
Statham 109.
Stavenhagen 67.
Stechow 34.
Steele 6.
Steiner, Joh. 14, 16, 87, 90, 100.
Steinhausen 46.
Stenzel 16, 75, 76.
Stephan 70, 90, 102, 112.
Stern u. Dolaw 64.
Stich 54.
Stieda 47.
Stier 23, 46.
Stricker, F. 45.
Stucky 57.
Stühlinger 30.
Suchanoff 47.
Suzzati, A. 108.
Takaki 30.
Tavantini 52.
Tartarin 102.
Tatham 30.
Taubert 71.
Telitschenko & Saussailoff 55.
Tessaker 82.
Thalmann 74.
Thèvenot u. Ronoillois 67.
Thoap-Meyer 58.
Thomasson 58.
Tibbitz 6.
Tintner 24.
Tobold 19.
Tomaschewski 56.
Tomasini 47.
Torggler 64.
Toubert 58.
Trautenroth 58.
Travers 62.
Treßlich 51.
Treutlein 55.
Trombetta, E. 70.
Troussaint 5.
Tschudi 16.
Tsuzuki, J. 108.
Tüshaus 71.
Tulloch, F. M. G. 111.
—, Minchni u. Grag 107.
Tyrman 16.

Uhlenhuth 27, 30.
Uhlich 35.
Uthoff 22.

Vaccari, A. 27.
Vagedes, K. 41.
Valek 51.
delVecchio, E. 35, 45.
Velde 40.
zur Verth 57, 64.
Viamay 60.
Victorio, F. 47.
Vidal 57.
Viereck 45.
Vieth u. Ehrmann 76.
Vigné 90.
Vikentiev 76.
Vogl, v. 20.
Vollbrecht 60.
Vollrath 50.
Voß, G. v. 90.
Wahlstedt 14.
Walravens u. Rouffart 57.
Walsham 53.
Wandrop, D. 110.
Wanhill, C. F. 108.
Ward 37.
Wardrop 37.
Wassermann, Neisser, Bruck 74.
— u. Plaut 74.
Waugh 30.
Weber, H. 88.
Wederhake 54.
Welander u. Marcus 74.
Wendel 62.
Wenzel, Witzel u. Hackenbruch 57.
Werner, O. 5, 30, 79, 87.
—, St. A. 106, 110.
Westenhoeffer, M. 40.
Whitacre 57.
Widenmann 37.
Wiens 111.
Williams 8.
Wilms 62.
Wilson 6.
Winkelmann 43.
Wise 102.
Wittmann 46.
Witzel 54.
—, Wentzel, Hackenbruch 57.
Wöscher, Dieudonné u. Würdinger 40.
Wolff 56.
Woodbury & Woodruff 23.
Woodruff u. Woodbury 23.
Woodson 23.
Wreden, v. 56.
Würdinger, Dieudonné, Wöscher 40.

Yersin 16.
Young, A. 66.

Zeilendorf 16.
Zésas u. Mauclaire 62.
Ziehen 46.
Zoege v. Manteuffel 56, 67, 90.
Zuzak 46.

ON MEDI
FEB 28 19
LIBRARY

I. Militär-Sanitätswesen.

A. Geschichtliches.

1) Neumann. Von Goercke bis Coler. M. A. 1906 Nr. 6 bis 11. — 2) Aus einem preußischen Werbemanifest vom 1. Februar 1787. Tgl. Rundschau v. 16. 11. 06. — 3. Ein Seekrieg in Schwaben. Tgl. Rundschau v. 12. 6. 06. — 4) Lemoine. Aperçu sur l'histoire de l'évolution du service de santé de l'armée. Bull. off. de l'Un. féderat. des Méd. de Rés. 05 Nr. 1. — 5) Quennerstedt. Några drag från kriget i Pommern 1807 samt synkhusvården vid södra armén. 1808/09. T. M. H. 1906, S. 21. — 6) Koren, A. Udkommandoen til Skaane i 1848. N. T. M. 1906, H. 1.

(1) Neumann gibt eine interessante Darstellung der im übrigen allgemein bekannten Geschichte des preußischen Militär-Medizinalwesens in den letzten hundert Jahren. Joh. Steiner.

(2) König Friedrich Wilhelm II. erließ unterm 1. Februar 1787 ein „Werbemanifest und Reglement", nach dem die Werbungen eingerichtet werden sollten. Jeder Rekrut erhielt ein seiner Größe angemessenes und in vollwichtigen Speziesdukaten auszuzahlendes Handgeld. Die Kapitulation wurde auf 10 Jahre und 1 Tag bei der Infanterie, und auf 12 Jahre und 1 Tag bei der Kavallerie festgesetzt. „Wer innerhalb der Jahre seiner Kapitulation in unseren Kriegsdiensten invalide und zu denselben untüchtig und unbrauchbar werden sollte, darf nicht befürchten, dieserhalb verstoßen und ohne Brot gelassen zu werden; vielmehr . . . versprechen Wir hierdurch . . . einen solchen, seinen Fähigkeiten gemäß, anderweitig zu versorgen, und ihm bis an das Ende seines Lebens Unterhalt zu geben." Es dürfen nur Rekruten mit vollkommen gesunden Gliedmaßen angeworben werden; sie haben sich auf dem Werbeplatz vom Chirurgus und nochmals beim Regiment vom Regimentsfeldscher daraufhin „sorgfältig visitieren" zu lassen. Über 30 Jahre soll kein Angeworbener alt sein, ausnahmsweise sind solche bis 35 Jahre zugelassen, jedoch müssen sie von „robuster Konstitution sein und gute Zähne haben".

Es dürfte dies die erste Bestimmung im preußischen Heere sein, welche die militärärztliche Mitwirkung bei dem Ersatzwesen reglementiert, und zwar im Sinne der doppelten Untersuchung bei der Anmusterung und dem Diensteintritt, die heute noch besteht. Ktg.

(3) In dem neuesten Band der „Mitteilungen des k. und k. Kriegsarchivs in Wien" finden sich eingehende Aufschlüsse über die bisher nur wenig bekannte Tatsache, daß sich einst auf dem Bodensee zwei vollständig gerüstete Kriegsflotten gegenüberstanden.

Es war im Jahre 1799, als die vereinigten russisch-österreichischen Heere an der Grenze von Vorarlberg gegen die in der Schweiz befindlichen Franzosen Krieg führten. Diesseits des Bodensees standen die Verbündeten, jenseits die Franzosen — es kam nun darauf an, wer die Herrschaft über den See gewinnen würde. Da regte Erzherzog Karl den Gedanken an, eine Flotte auf dem Bodensee zu bauen, oder besser gesagt, eine Reihe dem Personen- und Güterverkehr dienender Schiffe mit Geschützen und Kriegsmaterial auszurüsten. Im April 1799 war die Flotte seetüchtig; 16 armierte Kanonen- und Patrouillenboote, dazu noch ein Reserve- und Spitalschiff schwammen auf dem Wasser und der Kommandant dieser kleinen Flottille, ein Engländer Williams, war entschlossen, zur Offensive überzugehen.

Der Fortgang des Artikels schildert die Tätigkeit dieser Flottille bei der Besetzung von Konstanz und ihre weiteren Schicksale bis zur Auflösung 1800. In unserem Bericht ist davon nur Notiz genommen, um die interessante Tatsache festzuhalten, daß damals schon ein zu seinem Zweck besonders eingerichtetes Hospitalschiff erwähnt wird. Ktg.

(4) In der Monatsversammlung des Vereins der Militärärzte des Beurlaubtenstandes gibt Lemoine eine klare und prägnante Übersicht der Geschichte des französischen Militär-Sanitätswesens bis auf unsere Tage. Als besonders interessant möchte ich daraus hervorheben, daß die Anstrengungen Percys und Larreys unter Napoléon I schon darauf hinzielten, dem Militär-Sanitätswesen durch eine selbständigere Stellung unter ärztlicher Leitung aufzuhelfen. Freilich ohne Erfolg. Die berühmten fliegenden Ambulanzen Larreys, die Vorläufer aller Sanitätskompagnien, blieben auf die kaiserliche Garde beschränkt und der Vorschlag blieb unerhört, den Percy nach der Schlacht von Preußisch-Eylau 1807 machte, das Sanitätskorps dem Genie ähnlich zu organisieren. Erst in den letzten 30 Jahren hat sich die Überzeugung von der notwendigen Selbständigkeit des Sanitätskorps Bahn gebrochen und durch das Gesetz von 1882 Ausdruck gefunden, gegen welches jetzt wieder ein bedeutender Ansturm von Gegnern der Selbständigkeit im Werke ist. Der Vortrag L's. weist schließlich auf die Erfolge hin, welche das völlig selbständige japanische Sanitätskorps im ostasiatische K riege erzielt hat. Ktg.

(5) Enthält Mitteilungen eines schwedischen Militärarztes über den Sanitätsdienst während des Krieges in Pommern 1807, insbesondere der Belagerung von Stralsund durch die Franzosen, und in den Krankenhäusern im südlichen Schweden (typhus putridus s. febris putrida sanguinea, febris intermittens apoplectica, meningitis). Msr.

(6) Die politische Lage 1848 erforderte die Entsendung einer norwegischen Brigade nach Schonen. Erst sehr allmählich wurde die notwendigste Sanitätsausrüstung beschafft, die, bis auf etwa 1000 Tourniquets, entweder verdorben oder nicht vorhanden war. Ebenso fehlte es an Ambulanzen und Krankenwagen. Das Sanitätspersonal bestand aus unausgebildeten Mannschaften. In dem Lager bei Malmö war das Wasser schlecht, Verpflegung und Unterkunft mangelhaft, so daß der 12. Mann erkrankte, trotz vieler Bemühungen des um die Entwicklung des norwegischen Sanitätswesens verdienten Brigadearztes Heiberg. Msr.

B. Organisation.

(Siehe auch I, D; III, A; IV.)

1. Argentinien.

Romary. Le service de santé de l'armée argentine. A. d. M. et d. Ph. mil. 1906, S. 436. D. m. Z. 1906, S. 426.

2. Chile.

Stellung der Ärzte in Chile. Löb. Jhrb. 1906 S. 68. Chefärzte stehen im Range der Obersten, Oberstabsärzte in dem der Oberstleutnants, Ärzte 1. Klasse in dem der Majore, Ärzte 2. Klasse in dem der Hauptleute 2. Klasse und erhalten 6600, 4800, 3600 bzw. 2400 Pesos. Im Felde beziehen die Sanitätsoffiziere außerdem ihrem Dienstgrade entsprechende Zulagen. Das Gehalt der Offiziere gleichen Ranges ist 8000, 6240, 5000 bzw. 3600 Pesos.

3. Dänemark.

1) Laub, H. I Anledning af de nyeste Bestemmelser om Underlaegernes Uddannelse. Mltl. 1906, H. 1. — 2) Nordentoft. Lønnings forhøielse? Mltl. 1906, H. 1.

(1) In Dänemark hat sich die Notwendigkeit einer besseren Ausbildung der Unterärzte geltend gemacht. Bisher wurden sie 14 Tage bei der Truppe und 4 Wochen im Garnisonlazarett zu Kopenhagen ausgebildet. Seit 1905 werden sie für die ganze Zeit dem Depot der Sanitätstruppe zugeteilt und erhalten hier und in dem Lazarett ihre Ausbildung, die Dienstkenntnis, Exerzieren, Geländekunde, Marschübungen, Gymnastik, Reiten, Sanitätsdienst im Frieden und im Kriege, Hygiene, Diensttauglichkeit, Sanitätsmaterial, Krankenträgerdienst, klinische Unterweisung in täglich 7 stündigem Unterricht umfaßt. Msr.

(2) Verf. wünscht nach Darstellung der kärglichen Löhnungsverhältnisse eine Zulage für die Chefärzte und die Anstellung eines Reservearztes bei jedem Infanterie-Regiment und größerem Lazarett zur Entlastung der auf Praxis angewiesenen Militärärzte. Msr.

4. Deutschland.

A. Organisation.

1) Änderungen aus Anlaß des Etats für das Reichsheer. A. V. Bl. 1906, Nr. 15, S. 132. Sächs. Mil. V. Bl. 1906. — 2) Einführung von Sanitätsfeldwebeln bei den größeren Garnisonlazaretten. A. K. O. v. 1. 6. 1906. D. m. Z. 1906, A. B. Nr. 11, S. 71. — 3) Offizier-Pensions- und Mannschafts-Versorgungsgesetz v. 31. 5. 1906. D. m. Z. 1906, S. 695. — 4) K. M. Verf. v. 18. 5. 1906, Nr. 538/5. 1906 C. 1 über Berücksichtigung der Erwerbsbeschränkung. — 5) Vermehrung der Stellen für kurbedürftige Frauen usw. von Unteroffizieren im Genesungsheim Idstein um 25 Stellen. K. M. Verf. v. 30. 1. 1906, Nr. 17/1. 1906 M. A. A. V. Bl. 1906, S. 25. — 6 Heilstätte Hohwald erhält die Eigenschaft eines selbständigen Gutsbezirks. Sächs. A. V. Bl. 1906, S. 5. — 7) Änderung, betreffend die Aufnahme von Militärinvaliden in die Volksheilstätte für Lungenkranke „Al ertsberg". Sächs. A. V. Bl. 1906, S. 53. — 8) Zulassung von Sanitätskolonnen und sonstigen Organisationen der freiwilligen Krankenpflege zur

Teilnahme an Truppenübungen. Kr. M. Verf. v. 2. 8. 1906, Nr. 1769/5. 1906 M. A. D. m. Z. 1906, A. B. Nr. 11, S. 72. — 9) Änderungen im Sanitätsmaterial.

(1) a) Formationsänderungen.

α) Änderungen zum 1. 4. 1906.

Errichtung von 4 Sanitätsinspektionen zu je 1 Generalarzt (mit dem Range und den Gebührnissen eines Generalmajors als Brigadekommandeur) und 1 Stabsarzt.

In Metz fällt die bisherige Oberstabsarztstelle als Garnisonarzt fort, dafür hinzugekommen 1 patentierter Generaloberarzt als erster, 1 Stabsarzt als zweiter Garnisonarzt.

Bei der K. W. A. 1 Oberstabsarzt, der zur Akademie für praktische Medizin nach Cöln a. Rh. zu kommandieren ist.

5 Stellen für pensionierte Obermilitärärzte zur Wahrung des ärztlichen Dienstes mit Ausnahme des Musterungs- und Aushebungsgeschäftes bei den Bezirkskommandos Barmen, Elberfeld Hagen, Bremerhaven, II Leipzig.

β) Änderungen zum 1. 10. 1906.

Hinzugekommen: bei der Infanterie 2 Stabsärzte, 2 Ober- oder Assistenzärzte; bei der Kavallerie 1 Oberstabsarzt, 1 Oberarzt, 1 Ober- oder Assistenzarzt; bei der Fußartillerie 2 Stabsärzte, wofür die Ober- bzw. Assistenzarztstelle bei der bisherigen 9. und 10. Komp. Fuß-A. R. 9 in Diedenhofen fortfällt.

b) Die patentierten Generaloberärzte erhalten neben ihrem auf 6552 M. jährlich festgesetzten Gehalt eine pensionsfähige Zulage von 1150 M.

c) Wegfall des Personalservises unter entsprechender Erhöhung des Gehaltes.

d) Zahl der in die K. W. A. aufzunehmenden Studierenden erhöht sich um 32.

e) Der Oberstabsapotheker im preußischen Kriegsministerium ist fortan oberer Militärapotheker (im Offizierrange).

(4) Berücksichtigung der beruflichen Erwerbsbeschränkung in den militärärztlichen Dienstunbrauchbarkeits- und Invaliditäts-Zeugnissen.

Hierbei ist der von dem betreffenden vor seiner Einstellung in den Militärdienst, oder, wenn die Gesundheitsbeschädigung bei einer militärischen Übung eingetreten ist, der vor dieser ausgeübte Beruf zugrunde zu legen.

(9) a) Ausstattung der Operationssäle der Lazarette mit kleinen zu einmaligem Gebrauche bestimmten Handtüchern. K. M. Verf. v. 15. 9. 1906, Nr. 2214/8. 1906 M. A. D. m. Z. 1906, A. B. Nr. 12.

b) Ausgestaltung der bei den Lazarett-Reservedepots vorhandenen großen bakteriologischen Kästen zu tragbaren bakteriologischen Laboratorien. K. M. Verf. v. 30. 4. 1906, Nr. 1797/2. 1906 M. A. D. m. Z. 1906, A. B. Nr. 8.

c) Ausgabe eines neuen Musters für die Injektionsspritzen bei den Sanitätsformationen. K. M. Verf. v. 11. 9. 1906, Nr. 1488/8. 1906 M. A. D. m. Z. 1906, A. B. Nr. 12.

d) Neues Muster des Verbandpäckchens. K. M. Verf. v. 11. 2. 1906, Nr. 2079/12. 1905 M. A. A. V. Bl. 1906, S. 27.

e) Beschaffung gestanzter Reinnickelschalen für die alten Verbandschalen. K. M. Verf. v. 8. 3. 1906, Nr. 1423/2. 1906 M. A. D. m. Z. 1906, A. B. Nr. 6.

f) Einführung eines neuen Kavallerie-Sanitätsmaterials: α) ein Sanitätswagen (Kavallerie-Sanitätswagen), β) ein Sanitätsvorratswagen, γ) Sanitätspacktaschen. Kr. Verf. v. 3. 11. 1906, Nr. 1861/9. 1906 M. A.

B. Schriften über Organisation.

1) v. Bruchhausen, Karl. Zur Hebung des militärärztlichen Standes. Der Tag v. 10. 3. 1906. — 2) Werner. Die Dienstlaufbahn und das Anciennitätsverhältnis der Sanitätsoffiziere der Armee. Nationalzeitung Nr. 286 v. 4. 5. 1906 (Parlamentsausgabe). — 3) Herter. Zur Stellung der Sanitätsoffiziere im Garnisondienst und beim Ersatzgeschäft. D. m. W. 1906, Nr. 18. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 370.

(1) v. Bruchhausen, ein Major a. D., bespricht aus Anlaß der Schaffung von Sanitätsinspektionen den wünschenswerten weiteren Ausbau der Rangverhältnisse der Sanitätsoffiziere und tritt für die Verleihung sämtlicher Rechte der Offiziere ein.

(2) W. beleuchtet die Fortschritte in der Entwickelung des Sanitätsoffizierkorps und fordert eine größere Zahl von Generalsstellen, die im Verhältnis zu den Truppenoffizieren bisher zu gering bemessen sind.

5. Frankreich.

1) Troussaint. L'autonomie du service de santé et les devoirs des médecins de la réserve et de l'armée territoriale. Bull. off. de l'Un. fédérat. des méd. d. Rés. 1905, Nr. 2. — 2) Klotz. Les médecins militaires. Cad. 1906, Nr. 5. — 3) a) Les laboratoires d'expertise. Cad. 1906, Nr. 6. — b) G. Organisation du contrôle des denrées alimentaires. Cad. 1906, Nr. 7. — 4) Médecins et pharmaciens militaires. Cad. 1906, Nr. 3. — 5) Einstellung bedingt Tauglicher. Tgl. Rdsch. v. 31. 3. 1906.

(1) Für deutsche Leser durch das beigegebene Schema interessant, welches die Verteilung der Feld-Sanitätsorgane des französischen Heeres vom Oberkommando an bis zu den Truppen und zum Etappengebiet graphisch sehr übersichtlich zur Darstellung bringt. Ktg.

(2) K. teilt einiges aus der Kammerrede des Berichterstatters über das Heeresbudget mit. Es heißt darin u. a.: die Militärärzte zerfallen in 2 Klassen. Eine ist zu viel, die andere zu wenig Militär. Wissenschaftlich sind die letzteren die besseren, haben aber nicht die erforderliche Autorität beim Soldaten. Das Sanitätskorps ist zu sehr nach der militärischen Seite entwickelt worden. Man hat verschwenderisch Offiziersabzeichen verteilt und so ein Offizierkorps minderer Art geschaffen, welches kein rechtes Ansehen genießt. Der Soldat ist meist schon beim Diensteintritt gegen den Militärarzt eingenommen. Das zieht seine Konsequenzen, wenn er sieht, wie wenig der Arzt selbst auf wissenschaftlichem und hygienischem Gebiet zu sagen hat. Dazu kommt, daß die Qualifikation des Militärarztes seitens seiner eigenen Vorgesetzten oft mehr danach beurteilt wird, wie er zu Pferde sitzt, als nach seinen ärztlichen Leistungen. Es ist nicht zweifelhaft, daß eine Reform des Sanitätskorps nötig ist.

Vgl. hierzu Bericht für 1904, S. 8. Ktg.

(3) Betrifft die Anregung und kriegsministerielle Einrichtung von hygienischen Untersuchungsstellen bei den Garnisonlazaretten der Korpsstabsquartiere nach deutschem Muster.

(4) Der Artikel beleuchtet das Verhältnis der Militärärzte zu den Militärapothekern in dem gegenwärtigen Kampf der ersteren um ihre Selbständigkeit. Anfänglich standen die Apotheker schroff auf der Seite der Gegner; jetzt haben sie die Partei der Ärzte ergriffen und nehmen ihre Position von dem Gesichtspunkt aus, daß ihnen im Lazarett der Arzt doch als ein geeigneterer Vorgesetzter erscheint, als ein Beamter oder sonstiger Chef. Die Apotheker sind, wie man daraus ersieht, nicht Mitglieder des Sanitätskorps. Ktg.

(5) In Frankreich werden nach dem neuen Wehrgesetz von 1905 die Mannschaften des Hilfsdienstes („Service auxiliaire") in Zukunft zum Dienst ohne Waffe eingestellt, während sie bisher im Frieden vom Dienste befreit und nur im Kriege zu „Hilfsdiensten" ohne Waffe, bei Magazinen, als Pferdepfleger und dergleichen eingezogen wurden. Es sind das Leute mit geringen körperlichen Fehlern, die bei der 2. Musterung noch nicht waffendienstfähig befunden sind. Im ganzen beabsichtigt man etwa 8000 Mann jährlich zum Hilfsdienst einzustellen. Wie verlautet, sollen sie vorwiegend für solche Stellen verwendet werden, die augenblicklich von Mannschaften besetzt sind, die im Kriege im Lande bleiben; ferner sollen sie in den Anstalten, Magazinen, kurz überall dort den Dienst versehen, wo bisher brauchbare Mannschaften kommandiert wurden. Es handelt sich hauptsächlich um Handwerker (Schuster, Schneider, Sattler, Büchsenmacher), um Magazinarbeiter, Schreiber bei den Stäben und Bezirkskommandos, Sanitätssoldaten, Arbeiter bei den technischen Anstalten, sowie um Mannschaften bei den Militärschulen. Bekanntlich ist Japan auf diesem Wege vorangegangen. Es stellt die nicht Waffendienstfähigen als sogen. Arbeitssoldaten ein und hat mit ihnen im Kriege hinter der Front, im Etappengebiet usw. die besten Erfahrungen gemacht. Ktg.

6. Großbritannien.

1) Neuschler. Das englische Landheer. 4. H. d. Samml. England in deutscher Beleuchtung. Einzelabhandlungen, herausgegeb. v. Dr. Th. Leuschau (Berlin). Halle a. S. 1906 bei Gebauer-Schwetschke. — 2) Reventlow, E. Die englische Seemacht. 5. H. d. Samml. England in deutscher Beleuchtung. Halle a. S. 1906 bei Gebauer-Schwetschke. — 3) Steele. The royal army medical Corps Militia as a practical sanitary Corps for the army. J. M. C. VI. 4. — 4) Wilson. The duties and responsibilities of officers of the Royal Army Medical Corps with regard to their men. J. M. C. VI. 1. — 5) School of military hygiene. — 6) Les dentistes dans l'armée anglaise. J. m. d. B. 1906 Nr. 19. — 7) Tibbits. A plea for Indian service for all ranks of the corps. J. M. C. VII, 1. — 8) Milner. The army bearer corps. J. M. C. VI, 6. — 9) Reconstitution of the army med. advisory board. Brit. med. journ. 1906 Vol. II, S. 1876. Ref. D. m. Z. 1908 S. 81. — 10) The new army medical sanitary organisation sheme. L. 1906. Vol. II, S. 306. Ref. D. m. Z. 1908, S. 81.

(1) Die Arbeit ist nach den neuesten Quellen angefertigt. Wir entnehmen ihr, was für die Kenntnis des Sanitätswesens von Wert ist. An der Spitze des Heeres steht der König. Ihm zur Seite ein Hauptquartier,

dem auch die Leibärzte angehören. Die oberste Verwaltung hat der Kriegsminister; daneben besteht ein Heeresrat und ein Reichsverteidigungsausschuß. Das Kriegsministerium hat 6 Departements, jedes Departement mehrere Abteilungen, deren Chefs meist Obersten sind, mit dem Titel Direktor. Das 2. Departement ist das des Generaladjutanten der Truppen; in diesem bildet das Medizinalwesen eine Abteilung unter einem Generalarzt. Zum Armeemedizinalwesen gehören von den aktiven Truppengattungen 21 Sanitäts-Kompagnien, 1 Depot und 1 Ausbildungsschule. In der Armeereserve stehen 1280 Mann vom Sanitätskorps; in der Miliz 12 Sanitäts-Kompagnien; bei den Volunteers 29 Sanitäts- und 34 Krankenträger-Kompagnien. Der Sanitätsdienst in der indischen Eingeborenenarmee wird durch ein Armeelazarettkorps von 27 Kompagnien und ein Armeekrankenträgerkorps von 32 Kompagnien versehen. Die gesamte Landmacht ist in 11 Generalkommandobezirke eingeteilt, davon 9 im Heimatslande. Auf diese sind die regulären, Miliz- und Volunteersanitäts- und Krankenträger-Kompagnien verteilt. Unter den Bildungsinstituten führt Verfasser nur die medizinische Hochschule in London an. Das Sanitätskorps umfaßt in Friedensstärke insgesamt 4985 Personen; darunter 1002 Sanitätsoffiziere, von denen 984 vorhanden waren.

Von dem Heeresersatz wurden 1900 bis 1904 wegen Krankheiten im Mittel 21,8 pCt.; wegen ungenügender Körperentwicklung 9,5 pCt. zurückgewiesen. Die erstere Gruppe war in Zunahme, die letztere in Abnahme begriffen. Die Häufigkeit schlechter Zähne wird auch in England betont. Unter den Entlassungsarten figuriert Desertion mit 1,195 pCt. der Kopfstärke; unter den Bestrafungen steht als Grund Desertion an erster Stelle, wegen Trunkenheit wurden im Durchschnitt der Jahre 1902 bis 1904 jährlich 13 599 Mann = 4,54 pCt. K. 23 519 mal bestraft.

Im mobilen Heere untersteht das Sanitätswesen beim Oberkommando dem Generaladjutanten der Truppen.

Aus den übrigen Mitteilungen ist nur zu entnehmen, daß jedes Bataillon, Kavallerie-Regiment oder Artillerieabteilung 1 Sanitätsoffizier hat. Hinsichtlich der Zusammensetzung des Feldlazaretts wird auf den Bericht für 1905 S. 10 verwiesen. Über die Stäbe waren bei Abschluß des Buches noch keine Angaben zu erhalten.

Der Etat für 1905/06 setzte 1049 Sanitätsoffiziere (davon 334 für Indien), 62 Warrant officers und 3927 Sanitätsmannschaften an, darunter 528 Unteroffiziere und 28 Hornisten. Ktg.

(2) Das Medizinalwesen untersteht dem vierten Lord der Admiralität. Die Rangstufen der Ärzte sind folgende: der Generalinspektor der Lazarette der Flotte = Kontreadmiral; dessen Stellvertreter = Kapitän zur See; der Flottenarzt = Kommander (Oberstleutnant); Stabsarzt = Hauptmann, mit 8 Jahren Dienstzeit Major; Arzt = Leutnant, über 8 Jahre Dienstzeit Hauptmann. Niedrigere Grade sind nicht vertreten. Ktg.

(3) Man fordert im englischen Sanitätskorps von vielen Seiten lebhaft die Schaffung eines besonderen „Army Sanitary Corps“ zur praktischen Ausführung der erforderlichen hygienischen Maßnahmen. S. schlägt vor, dazu die R. A. M. C. Militia zu benützen. Jeder Division im Felde müsse ein hygienisch durchgebildeter Sanitätsoffizier, eine Anzahl als sanitary inspectors ausgebildete Sanitätsunteroffiziere und 100 speziell ausgebildete Mannschaften beigegeben werden. Letztere sollen der „Miliz“ entnommen

und 3 „Depots“ gebildet werden als Zentren der Ausbildung (je 1 in England, Schottland und Irland). Neuburger.

(4) Der Umstand, daß das englische Sanitätskorps in sich völlig geschlossen ist und alle Sanitätsmannschaften nur Sanitätsoffiziere als direkte Vorgesetzte haben, macht es letzteren zur Pflicht, hinsichtlich der in ihre Hand gelegten Strafbefugnisse usw. mit aller Sorgfalt zu Werke zu gehen. Die Angehörigen des Sanitätskorps sind ausgesuchte Leute. Ihre Annahme liegt ganz in der Hand der Sanitätsoffiziere. Letztere haben während der Dienstzeit das Wohl ihrer Untergebenen stets im Auge zu behalten, ihnen mit Rat und Tat beizustehen. Bei Bestrafungen die eventuellen schweren Folgen für die Zukunft im Auge zu behalten. Bei guten Leistungen mit Berichterstattung nicht zu kargen, um dem Betreffenden eine Belohnung, Beförderung usw. zu verschaffen.
Neuburger.

(5) In Aldershot (England) ist eine School of military hygiene errichtet, welche unter der Direktion von Oberstleutnant Firth, Professor der Hygiene, steht und einerseits zum Unterricht für Offiziere und Mannschaften in der Militärgesundheitspflege, anderseits zur Erforschung der Krankheitsursachen in der Armee und ihrer Bekämpfung bestimmt ist.
Großheim.

(6) Nach der Zeitschrift L'Odontologie wurden in der englischen Armee 9 Zahnärzte angestellt. Sie erhalten täglich 25 Fr. und Reisekosten, wenn sie außerhalb ihres Standortes verwendet werden. Die Ausrüstung inkl. Lehnstuhl wird vom Staat geliefert. Ktg.

(7) Das Unterpersonal des Royal Army Medical Corps wird zwar abwechselnd in den verschiedenen Kolonien verwendet, nicht aber in Indien. Dort werden in den Lazaretten Leute von der Truppe auf ein Jahr abkommandiert und begreiflicherweise nur notdürftig im Krankenpflegedienst unterwiesen. Dann treten sie zur Truppe zurück. T. führt aus, welchen Vorteil es in vieler Hinsicht haben würde, Sanitätsunteroffiziere und -Mannschaften vom R. A. M. C. auch in Indien abwechselnd zu verwenden. Neuburger.

(8) In Indien wurden bis vor wenigen Jahren als Krankenträger der Sanitäts-Kompagnien bzw. Feldlazarette unausgebildete Eingeborene verwendet. Seit dem Sommer 1902 ist indeß ein „army bearer corps“ gegründet, das z. Zt. 6000 Mann stark ist. Es zerfällt in 28 Kompagnien zu 200 Mann und 4 Halbkompagnien zu 100 Mann. In Friedenszeiten sind die Kompagnien auf die verschiedenen Brigaden verteilt. Bei der Mobilmachung stellte jede Kompagnie 128 Träger und die nötigen Unteroffiziere und Verwaltungsbeamte für die Trägerabteilung eines Feldlazaretts. Der Rest bildet ein Stammpersonal, das eventuell zur Bildung je einer weiteren Kompagnie verwandt werden kann. Die Leute werden der alten indischen Kaste der „Kahar“ entnommen, die als Sänften- und Gepäckträger von alters her tätig sind. Sie sind sehr zuverlässig und allein imstande, eine „dhooly“ in der erforderlichen Weise zu tragen, wobei ein eigentümlicher Geschwindschritt angewandt wird. Diese dhoolies, die zum Verwundetentransport dienen, werden an einer langen Stange auf den Schultern getragen, unterhalb deren der Verwundete wie in einer Hängematte liegt. 6 Träger gehören zu einer dhooly. Die Leute sind sehr ausdauernd. Sie werden nunmehr in der ersten Hilfe, Transport Verwundeter, Aufschlagen von Zelten usw. ausgebildet. — Der Arbeit sind gute Abbildungen zur Illustration beigegeben. Neuburger.

7. Italien.

1) Das italienische Militärsanitätswesen. St. ö. m. Z. 83. Jhrg., 1. Bd., Heft 5. — 2) Schaffung von Reservepharmazeuten in Italien. St. ö. m. Z. 83. Jhrg., 2. Bd., Heft 10.

(1) Im Frieden befindet sich an der Spitze des Sanitätswesens als Hilfsorgan des Kriegsministeriums das Sanitätsinspektorat (ein Generalmajorarzt als Chefinspektor). In jedem der 12 Armeekorps besteht eine Sanitätsdirektion (ein Oberstarzt als Direktor), der je eine Sanitäts-Kompagnie und die Sanitätsanstalten untergeordnet sind.

An Sanitätsanstalten sind vorhanden: 27 Hauptlazarette in den Standorten der Infanteriedivisionskommanden, dann in Venedig und Cava dei Tirenni (bei Salerno), 3 Hilfslazarette (in Parma, Mantua, Udine), 34 Garnisonmarodenhäuser in größeren Garnisonen, wo weder Militär- noch Zivillazarette bestehen, dann Marodenhäuser der Truppen, Militärschulen und Strafanstalten, 6 Rekonvaleszentendepots, einige Militärkurhäuser und eine Zentralmilitärapotheke.

Im Felde leitet den Sanitätsdienst der bei der Intendanz des Armeeoberkommandos eingeteilte Generalmajorarzt, dem ein Sanitätsamt beigegeben ist; unter ihm wirken die Armee- und Korpssanitätsdirektionen sowie die Divisionssanitätsämter.

An Feldsanitätsanstalten unterscheidet man: Infanteriesanitätssektionen — je 1 per Division und überdies je 1 per Armeekorps —, Gebirgssanitätssektionen, Kavalleriesanitätssektionen, fahrbare und tragbare Feldlazarette zu 50 Betten, Feldlazarette zu 100 und 200 Betten, Verwundetentransportzüge für 280 Mann, Spitalzüge für 200 Mann, vorgeschobene Sanitätsmaterialdepots.

Den freiwilligen Sanitätsdienst besorgen die italienische Gesellschaft vom Roten Kreuz und der souveräne Malteser-Ritterorden. Das Rote Kreuz stellt bei: 8 Feldlazarette zu 100, 3 zu 50 Betten, 38 tragbare Feldlazarette zu 50 Betten, 64 Gebirgsambulanzen, 14 Spitalzüge zu 200, 1 zu 100 Betten, 61 Krankenhaltstationen, 1 Flußambulanz und 2 Spitalschiffe; der Malteserorden errichtet mehrere Spitalzüge.

Die Dotierung der Truppen mit Ärzten (7 per Infanterie-Regiment) und Sanitätsunteroffizieren (6 per Regiment) ist reichlich, die mit Krankenträgern (2 per Kompagnie) und Tragen aber gering. Die Formierung kleiner Feldlazarette erscheint sehr zweckmäßig. Joh. Steiner.

(2) Bisher gab es im italienischen Heere nur aktive Apotheker. Der Mehrbedarf im Kriege mußte durch Zivilapotheker gedeckt werden. Nunmehr wurden auch Militärpharmazeuten der Reserve geschaffen und für sie der neue Dienstgrad eines Militärpharmazeuten 3. Klasse im Range eines Unterleutnants eingeführt.

Diese Reserveapotheker gehen hervor aus: a) gewesenen Berufsmilitärpharmazeuten, b) aktiv dienenden Militärpersonen, die vor oder während ihrer Militärdienstleistung das Magisterdiplom der Chemie oder Pharmazie erworben haben, c) nichtaktiven Militärpersonen, die Magister der Chemie oder Pharmazie sind und sich einer kurzen Schulung bei einem Militärlazarett unterziehen.

Eine Vorrückung der Reserveapotheker bis zum Pharmazeuten 1. Klasse (Hauptmannsrang) ist zulässig. Joh. Steiner.

8. Japan.

1) The preparation of the Japanese medical officer. J. a. m. s. U. S. 1906, Heft 4, bespr. D. m. Z. 1906, S. 431. — 2) Macpherson. The medical organisation of the japanese army. J. M. C. 1906, S. 219, bespr. D. m. Z.

9. Norwegen.

1) Sanitetets organisation. N. T. M. X, 5. — 2) Ekeroth. Förändringar i Norges sanitetsväsende enligt förslag till ny härordning. T. M. H. XXXI, 3.

In Norwegen ist eine Verringerung der Zahl der festangestellten Sanitätsoffiziere um 8 Kapitains in Aussicht genommen. Das aktive Sanitätsoffizierkorps soll in Zukunft zählen: 1 General, 1 Oberst, 1 Leutnant in der Zentralinstanz, 3 Oberstleutnants und 3 Majors als Brigadeärzte, 33 Hauptleute als Regiments- und Garnisonärzte bzw. als Chefs der 5 Sanitäts-Kompagnien, 14 Leutnants. Im Kriegsfalle sind 400 Ärzte erforderlich; es ist daher ausgeschlossen, die leitenden Stellen, besonders bei den Feldlazaretten, mit aktiven Sanitätsoffizieren zu besetzen.

Die wehrpflichtigen Mediziner machen im 1. Dienstjahr eine Rekruten- und eine Korporalschule von je 24 Tagen Dauer bei den Sanitäts-Kompagnien durch; im 2. Dienstjahre fungieren sie als Sanitätskorporale unter Leitung der Abteilungsärzte 24 Tage bei den größeren Truppenübungen; im 3. absolvieren sie einen Instruktionskurs von 24 Tagen Dauer bei dem Sanitätskorps, vorausgesetzt, daß sie den 1. Teil der medizinischen Staatsprüfung und eine freiwillige Dienstleistung an einer medizinischen und einer chirurgischen Klinik absolviert haben. Sie leisten dann ihren Dienst als Offizierdiensttuer und werden nach Vollendung der Staatsprüfung zu Leutnants ernannt. Als solche werden sie nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu weiteren Übungen eingezogen, so daß sie im ganzen 198 Tage, davon 102 im Sanitätsdienst, zur Einziehung gelangen. Aspiranten des aktiven Sanitätsoffizierkorps werden alle drei Jahre zu einer 30tägigen Übung eingezogen. Zum Waffendienst nicht taugliche Mediziner werden als Krankenpfleger ausgebildet und im Kriegsfalle im Lazarett- und Etappendienst verwendet.

Die Sanitätsunteroffiziere sollen zum Teil den Krankenträgern, zum Teil den Krankenpflegern entnommen, statt wie bisher in besonderen Kursen in dem Garnisonlazarett zu Kristiania ausgebildet zu werden. Dieses soll eingehen. Statt 8 sollen in Zukunft nur 4 festangestellte Sanitätssergeanten für jede der 5 Sanitäts-Kompagnien vorhanden sein, so daß es bei den leitenden Stellungen auch an solchen fehlen wird. Die (Hilfs-) Krankenträger bei der Truppe erhalten ihre Ausbildung und Verwendung in Zukunft nur als solche. Im Kriegsfalle werden bei jeder Brigade 6 bzw. 4, im ganzen 26 Feldlazarette für je 100 Betten, = 5,3 pCt. der Kopfstärke der Armee auf Kriegsfuß, aufgestellt.

Msr.

10. Österreich-Ungarn.

1) General-Oberstabsarzt. M. A. 1906, Nr. 11. — 2) Entwurf einer neuen Organisation des k. u. k. militärärztlichen Offizierkorps. M. A. 1906, Nr. 19 u. 20. — 3) Bestimmungen über die Vornahme der Prüfung zum Stabsarzt. N. V. 1906, Nr. 4.

(1) Dem Chef des militärärztlichen Offizierkorps und Vorstande der Sanitätsabteilung im österreichisch-ungarischen Reichskriegsministerium Dr. Josef Ritter v. Uriel ist für seine Person der Rang als Generalleutnant und der neugeschaffene Titel „General-Oberstabsarzt" verliehen worden. Es ist dies der erste Fall im österreichisch-ungarischen Heere, daß ein Militärarzt zum Range eines Generalleutnants vorrückte. General-Oberstabsarzt v. Uriel ist mit Bewilligung des Kaisers zugleich erster Bundesvizepräsident der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze.
Joh. Steiner.

(2) Die etwas weitgehenden, aber auf den richtigen Grundsätzen basierenden Reformvorschläge des ungenannten Verfassers gipfeln im folgenden: Die Mediziner dienen ein ganzes Jahr mit der Waffe und legen die Reserveoffizierprüfung ab. Nach Erlangung des Doktorgrades werden sie als Reserveleutnants dem „Sanitätsstab" zugeteilt und haben zwei sechswöchige Dienstübungen, eine im Lazarett, eine als Truppenarzt, abzuleisten. Die sich dem militärärztlichen Berufe dauernd Widmenden gelangen als Leutnants in die zwei Jahrgänge umfassende „Sanitätskriegsschule", bei der eine Schulkompagnie der Sanitätstruppe aufgestellt wird. Nach erfolgreicher Absolvierung der Schule tritt die Beförderung zum Oberleutnant, nach weiterer zweijähriger entsprechender Dienstleistung die definitive Aufnahme in das „Sanitätsstabskorps" als Hauptmann 1. Klasse ein. Die Offiziere dieses Korps hätten den kombattanten Offizieren in jeder Beziehung gleichgestellt zu sein; das Recht zur Ausübung der Privatpraxis und des Tragens der Zivilkleidung außer Dienst hätte zu entfallen. Dem Chef des Sanitätsstabskorps wäre der Rang als General (der Infanterie) zuzuerkennen. Das bisherige (kombattante) Offizierkorps der Sanitätstruppe wäre aufzulassen.

Ein Artikel in Nr. 21/22 des M. A. führt die allzusanguinischen Anschauungen dieses Entwurfes, z. B. hinsichtlich Rangstellung des Chefs der Militärsanität, Ergänzung des Korps ohne Gewährung materieller Begünstigungen an die Aspiranten während der Studienzeit, die Dauer der provisorischen Zuteilung der jungen Sanitätsoffiziere usw., in ihre möglichen Grenzen zurück.
Joh. Steiner.

(3) An Stelle der bisherigen „Instruktion zur Vornahme der Prüfungen der auf die Beförderung zu Stabsärzten aspirierenden Regimentsärzte" vom Jahre 1894 sind nun die neuen „Bestimmungen usw." getreten.

Die Prüfung findet jährlich im November statt. Hierzu werden im März des betreffenden Jahres die Namen der zur Prüfung Bestimmten verlautbart, und zwar: a) rangältere Regimentsärzte nach der Tour, b) rangjüngere, zur außertourlichen Vorrückung beantragte Regimentsärzte vorzeitig. Über begründetes Ansuchen wird ein Aufschub der Prüfung zugestanden.

Die Prüfungskommission besteht unter dem Vorsitz des Chefs des militärärztlichen Offizierkorps aus 7 höheren Militärärzten und 1 Stabsoffizier des Generalstabskorps. Prüfungsgegenstände sind: Militärhygiene, Kriegschirurgie, Sanitätsdienst im Frieden und im Kriege, Heeresergänzung und Ausscheidung Dienstuntauglicher, taktischer und operativer Sanitätsdienst, Organisation der Armee im Felde, Sanitätseinrichtungen der wichtigsten fremden Heere und Geschichte des Militärsanitätswesens. Der Umfang der Prüfungsgegenstände ist durch sogenannte „genetische Skizzen" umgrenzt. Details und Ziffernangaben dürfen nur insoweit geprüft werden, als sie zum Verständnis unbedingt nötig sind.

Regimentsärzte, die in einem Fache besondere Leistungen aufweisen, werden von der Prüfung aus diesem Gegenstande befreit. Die Prüfung findet teils schriftlich, teils mündlich statt. Der Gesamterfolg wird mit „entsprechend" oder „nicht entsprechend" klassifiziert; für die Beurteilung des Gesamterfolges hat der Gesamteindruck maßgebend zu sein. Eine Wiederholung der Prüfung kann nach Jahresfrist gestattet werden.

Joh. Steiner.

11. Portugal.

1) Médecins militaires. Guide médical de Lisbonne pour 1906. A. m. B. 1906, Bd. 27, S. 398. — 2) Mobilmachungsvorschrift. Löb. Jhrb. 1906, S. 198.

(1) Die portugiesische Armee zählt 130 Militärärzte unter der Leitung eines Oberstarztes, der als Chef des Sanitätsbureaus im Kriegsministerium fungiert. Das Sanitätskorps ergänzt sich aus Zivilärzten auf dem Wege wissenschaftlicher Konkurrenz, die Beförderungen geschehen nach der Anciennität, außer der Tour gibt es nur im Kriege ein Avancement. Mit 30 Dienstjahren, früher nach Dienstbeschädigung, scheidet der Militärarzt mit dem erdienten Gehalt aus. Wer mit 35 oder mehr Dienstjahren abgeht, erhält zu dem vollen Gehalt noch eine Zulage. Ktg.

(2) Nach der neuen Mobilmachungsvorschrift gehören zur Division u. a. 5 Feldlazarette, 2 Verwundetentransportkolonnen und 3 Lazarettkolonnen. B.

12. Rufsland.

1) Allerhöchste Erlasse. W. m. J. Heft 2. — 2) Desgl. vom 6. 1. 1906. W. m. J. Heft 2. — 3) Verfg. des Kriegsrats vom 16. 2. 1906. W. m. J. Heft 5. — 4) Allerhöchste Erlasse. W. m. J. Heft 6. — 5) Kriegsministerielle Verfügung, betreffend Rekrutenbeanstandung. W. m. J. Heft 6. — 6) Allerhöchste Erlasse, betreffend Tagegelder für Medizinalpersonen. W. m. J. Heft 9. — 7) Verfügung des Kriegsrats über Untersuchung und Evakuation zurückkehrender Gefangener. W. m. J. Heft 9. — 8) Allerhöchster Erlaß, betreffend Zulassung von Zivilärzten in Sonderfällen. W. m. J. Heft 10. — 9) Neue Vorschrift für die Aushebungskommission. W. m. J. Heft 12. — 10) Kommissionsbericht über Vorschläge, das Einberufungsalter herabzusetzen. W. m. J. Heft 12. — 11) Reform des Militär-Sanitätswesens. Löb. Jhrb. 1906, S. 242.

(1) Ein Kaiserlicher Erlaß bestimmt, daß die Hinterbliebenen aller auf dem Kriegsschauplatz durch Selbstmord Gestorbenen ebenso behandelt werden sollen, wie die Angehörigen der infolge Verwundung oder Krankheit Gebliebenen.

(2) Es sind Aufbesserung des Soldes, der Verpflegungs-, Küchengeschirr- und Kohlenbeiträge sowie Erhöhung der Fleischportion von $^1/_2$ auf $^3/_4$ Pfund russisch (1 Pfund = 410 g) und der Portionen von Zucker und Tee, eines Hauptgenußmittels des russischen Soldaten beabsichtigt. Es werden feste und erhöhte Bestände an Bettzeug und Leibwäsche geliefert, welche z. T. später in den Besitz des Mannes übergehen. An Seife wurden monatlich 250 g gewährt.

(3) In den Etat der Haupt-Militär-Medizinalverwaltung ist eine neue „Organisatorische Abteilung" eingestellt. Die Stellenbesetzung umfaßt einen Arzt mit Rang und Gehalt eines Abteilungsvorstandes in dieser Verwaltung sowie Anspruch auf Pension II. Klasse der Medizinalpersonen,

dazu einen Klassenfeldscher bei der H. M. M. V., einen älteren Medizinalfeldscher und einen Schreiber.

Die Stelle eines Konsultanten für Augenkrankheiten bei der H. M. M. V. wird aufgehoben, der Etat der bisherigen Stelle wird für die organisatorische Abteilung verwandt.

(4) Interessant ist als Beispiel einer staatlich-ärztlichen Versorgung entlegener russischer Gebiete die neue Regelung im Distrikt Ssemirjetschensk. Der Distrikt wird dem Militär-Medizinalinspekteur des Militärbezirks Turkestan unterstellt und in 19 ärztliche Bezirke geteilt. Zu jedem gehört 1 Bezirksarzt, 1 Feldscher-Hebeamme, 1 Feldscher und mehrere Pockenimpfer.

Außerdem soll in einer Stadt des Distriktes eine Geisteskrankenanstalt errichtet werden.

(5) Ein kriegsministerieller Erlaß an die Gouverneure wendet sich gegen das weitschweifige und zeitraubende Verfahren, daß gesundheitliche Beanstandungen eingestellter Rekruten erst bis zum Kriegsministerium gemeldet werden müssen und dann zur Entscheidung durch besondere Kommissionen gelangen.

(6) Von jetzt ab erhalten auch die Ärzte der fliegenden Cholerakolonnen Diäten nach den Sätzen von 1892, die bei dem medizinischen Laboratorium im Kaukasus kommandierten Ärzte, Veterinäre und Pharmazeuten Diäten nach den Sätzen von 1879, bei Landreisen Gelder für zwei Pferde.

(7) Gemäß Verfügung des Kriegsrats sind sämtliche aus der Gefangenschaft zurückkehrenden Militärpersonen ärztlich zu untersuchen, ob sie noch der Behandlung bedürfen, bzw. ob und in welchem Grade sie Verwundungen, Verstümmlungen usw. davongetragen haben. Dementsprechend sind sie der Inneren Evakuationskommission zu überweisen. Erster Tag der Evakuation ist der Ankunftstag auf russischem Gebiet.

(8) Ein Kaiserlicher Erlaß vom 18. 6. 1906 gestattet die Zulassung städtischer und freipraktizierender Ärzte zur Vertretung von Militärärzten: 1. bei Abkommandierung derselben nach anderen Bezirken bis zu höchstens zwei Monaten, 2. bis zur Ausfüllung offener Stellen durch etatmäßige Ärzte, 3. Entschädigungsgelder werden bis zu 75 Rubel, Reisezuschüsse bis zu 25 Rubel monatlich gezahlt. Die Stellungen sind pensionsfähig. Urlaubsbefugnis hat der Bezirks-Medizinalinspekteur nach Entschließung der militärischen Befehlshaber.

(9) Aus der neuen Dienstvorschrift für die Aushebungskommission ist beachtenswert: Zeit der Untersuchung, bei Tageslicht von 9 bis 12 und 1 bis 4 Uhr, im hellen warmen geräumigen Lokal mit aller Ruhe und Aufmerksamkeit. — Das Instrumentarium für Augen (auch Ophthalmoskop und Skiaskop), Ohren, Kehlkopf ist genau vorgeschrieben. Sehproben nach Snellen. Untersuchungslampe mit einer Lichtstärke nicht unter 10 Kerzen. Spirituslampe mit Zubehör zur Desinfektion der Metallinstrumente, antiseptische Flüssigkeit für die Hände. — Meßvorrichtung System Bertillon; für Brustumfang usw. Stahlmaß von 1,78 m Länge. — Korrektionsgläser sind nicht vorgeschrieben, da Brillen nur für Freiwillige erlaubt sind.

Untersuchung unbekleidet; bei Blinden und Krüppeln Ausnahmen statthaft. Größe und Brustmaß werden listenmäßig registriert. Halbe Körperlänge Mindestmaß für den Brustumfang. Letzterer aber nicht

allein maßgebend für Tauglichkeit. Beobachtung zweifelhafter Leiden bis zu einem Monat im nächsten Zivil- oder Militärkrankenhaus.

Rubriken für (Un-) Tauglichkeitserklärungen: tauglich, – untauglich zum Frontdienst; — untauglich zum Dienst im stehenden Heere und im Landsturm; – untauglich zum Dienst im stehenden Heere, aber tauglich für den Landsturm; — unterliegt der Beobachtung.

Zurückgestellte (Stimmenmehrheit der Kommission) und gegen das ärztliche Urteil Angenommene werden durch höhere Kommissionen (Gouvernements-, Distriktskommissionen) nachuntersucht.

Das Verzeichnis der Krankheiten zerfällt in Tabelle A und B. A, mit 83 Nummern, wovon 23 noch Tauglichkeit im Landsturm gestatten, enthält die Fehler, welche im allgemeinen dauernd untauglich machen. Dieselbe umfaßt mehrere relativ milde Gebrechen, z. B. Blindheit auf einem Auge, Kurzsichtigkeitsgrade ohne Brillenkorrektur, Zahnkaries in bestimmtem Umfange, Fingersynechien. Es erklärt sich m. E. daraus ein Teil der Vorkommnisse von Militärbefreiungsversuchen. (Der Ref.)

B, mit 12 Nummern, umfaßt diejenigen Krankheiten und Gebrechen, welche zum Dienst mit der Waffe nicht hinderlich sind. Bemerkenswert hierbei ist: Verlust einer Ohrmuschel, chronische Zerstörung des Trommelfells auf einem Ohr, Plattfuß, Unterleibsbrüche, welche nur bei starken Anstrengungen zutage treten und ohne Schwierigkeit reponiert werden können. (!)

Es ist m. E. nicht ausgeschlossen, daß letzterer Punkt mit Rücksicht auf die zahlreicher werdenden artifiziellen Brüche in Rußland aufgenommen ist. (Der Ref.)

(10) Dem Wissenschaftlichen Komitee für Militärmedizinalwesen ist am 8. 11. 1906 durch eine Kommission Bericht erstattet worden, welcher die Frage der evtl. Herabsetzung des Einberufungsalters vom 21. auf das 20. Lebensjahr in ablehnendem Sinne beantwortet, da im Falle der Verwirklichung dieser Idee eine Verschlechterung der Gesundheitsverhältnisse in der Armee zu befürchten sei. Blau.

(11) Die Arbeiten zur Reform des Militär-Sanitätswesens, die durch den Krieg eine Unterbrechung erfahren haben, sind wieder aufgenommen worden. Erstrebt wird eine höhere Selbständigkeit der Militärärzte, die bisher auch dadurch erheblich beschränkt sind, daß die Lazarettverwaltung völlig der ärztlichen Leitung entzogen und aktiven Offizieren übertragen ist. B.

13. Schweden.

1) Steiner, Joh. Das Militär-Sanitätswesen in Schweden und Norwegen (Nr. 95 der M. P.). Wien 1906, J. Šafář. — 2) Ekeroth. Omorganisation af garnisonssjukhuset i Stockholm. T. M. H. XXXI, 1. — 3) Wahlstedt. Ny organisation af arméns sjukvårds styrelse. T. M. H. XXXI, 2. — 4) Ekeroth. Organisation af arméns sjukvårdsstyrelse. T. M. H. XXXI, 2. — 5) Edholm. Framsteg. T. M. H. XXXI, 3. — 6) Dunér. Organisation och utbildning af trängens sjukvårdskompanier. T. M. H. XXXI, 4.

(1) Das schwedische Militär-Sanitätswesen zeigt eine doppelte Abhängigkeit; militärisch vom Train und der Intendantur, ärztlich von der Zivilmedizinaldirektion. Die Feldärzte haben fast alle Pflichten der Soldaten, ohne deren Rechte zu genießen, und sie tragen die Mühen des ärztlichen Berufes, ohne der persönlichen Freiheit eines Zivilarztes teil-

haftig zu sein. Die jetzige Organisation ist veraltet, mit ihr ist ein zweckmäßiger Sanitätsdienst im Felde nicht zu leisten.

Dagegen sind die Prinzipien, auf denen das norwegische Sanitätswesen aufgebaut ist, als mustergültig zu bezeichnen, sie gipfeln in dem Ausspruch des norwegischen Sanitätsgenerals Dr. Thanlow: „Wo Kenntnisse sind, da soll auch Macht und Verantwortlichkeit sein!"

(2—6) In Schweden sind folgende Änderungen vorgeschlagen. Die fest angestellten Krankenpfleger erhalten ihre Ausbildung zunächst bei der Truppe, dann von Oktober bis Mai im Lazarett, dann im Sanitätsdienst der Truppe und schließlich von Oktober bis März wieder im Lazarett, ehe sie kapitulieren, die übrigen wie bisher in besonderen Krankenpflegerschulen von Juni bis September bzw. in Sanitätskorporalschulen von März bis August.

Die Reserve-Militärärzte bilden folgende Kategorien: 1. die mit Vollpension abgegangenen aktiven Militärärzte, die indes nur im Kriege und zu den ausnahmsweise stattfindenden Übungen des 2. Aufgebotes und des Landsturmes eingezogen werden; 2. die nicht mit Vollpension abgegangenen, die im Kriege und bis zu ihrem 40. Lebensjahre alle 3 Jahre zu Übungen einberufen werden können; 3. die wehrpflichtigen nicht aktiven Ärzte und Mediziner nach Absolvierung der Rekrutenschule und einer medizinischen und einer chirurgischen Klinik, die wie 2. und außerdem zu den Repetitionskursen der aktiven einberufen werden können. Die Verpflichtung dauert im allgemeinen bis zum 65. Lebensjahre. Die Beförderung ist abhängig von den Dienstleistungen, die Verabschiedung von der erfüllten Wehrpflicht oder auf Ansuchen durch Königliche Odre.

Die oberste Leitung wird von dem Intendantur-Departement getrennt und einem eigenen Chef mit Generalsrang als höchstem Vorgesetzten des Feldärzte- und des Feldveterinärkorps übertragen. Von ihm ressortieren alle Zweige des Sanitäts- und Veterinärdienstes. Das Garnisonlazarett zu Stockholm, das bisher in militärischer Beziehung dem Chef des örtlichen Trainkorps unterstellt ist, wird dem Chef der betreffenden Armeeabteilung unterstellt. Es erhält einen eigenen selbständigen Chefarzt, der auch über die Kranken mit Disziplinarstrafgewalt ausgestattet ist. Msr.

14. Vereinigte Staaten.

1) Maréschal. Note sur le service de santé militaire des États-Unis. A. M. et Ph. m. 1906, S. 147. D. m. Z. 1906, S. 424. — 2) Imbriaco. Le corps de santé de l'armée des États-Unis. Ref. aus dem G. m. in A. m. B. 1906, S. 1. (Bespr. D. m. Z. 1906, Heft 7, bei der Arbeit von Maréschal über denselben Gegenstand.)

C. Wissenschaftliche Tätigkeit in militärärztlichen Gesellschaften und auf Kongressen.

1) Wissenschaftlicher Senat bei der Kaiser Wilhelms-Akademie. D. m. Z. 1906, S. 209 u. 327 u. 1907, S. 77. — 2) Berliner militärärztliche Gesellschaft. D. m. Z. 1906, S. 159, 379, 434, 606, 659, ferner 1907, V. Bl. S. 1. — 3) Vereinigung der Sanitätsoffiziere III. Armeekorps. D. m. Z. 1906, S. 332, 1907, S. 199. — 4) Niederrheinische militärärztliche Gesellschaft. D. m. Z. 1906, S. 334, 442, 1907, S. 669. — 5) Vereinigung der Sanitätsoffiziere des IX. Armeekorps. D. m. Z. 1906, S. 509 u. 1907, S. 719. —

6) Militärärztliche Vereinigung zu Hannover. D. m. Z. 1906, S. 657 u. 1907, S. 199, 813. — 7) Wissenschaftliche Vereinigung der Sanitätsoffiziere XI. Armeekorps. D. m. Z. 1907, S. 335. — 8) Vereinigung der Sanitätsoffiziere von Karlsruhe und den umliegenden Garnisonen. D. m. Z. 1906, S. 272 u. 1907, S. 958. — 9) Straßburger militärärztliche Gesellschaft. D. m. Z. 1906, S. 222, 330, 441, 563, 656 u. 1907, S. 669. — 10) Wissenschaftliche Versammlung der Militärärzte Danzigs. D. m. Z. 1906, S. 335, 383 u. 1907, S. 160. — 11) Sanitätsoffizier-Gesellschaft zu Dresden. D. m. Z. 1906, S. 329 u. 1907, V. Bl., S. 3 u. 8. — 12) Militärärztliche Gesellschaft zu München. D. m. Z. 1906, S. 381, 654 u. 1907, S. 238. — 13) Vereinigung der Sanitätsoffiziere der Standorte Nürnberg—Fürth—Erlangen. D. m. Z. 1906, S. 611, 652. — 14) Militärärztliche Vereine in Österreich-Ungarn. — 15) Tätigkeit der k. u. k. Sanitätsoffiziere in anderen Vereinen. — 16) Yersin. Die Abteilung für Militär-Sanitätswesen beim medizinischen Kongreß in Lissabon. R. mil. s. Nr. 9. — 17) Lackner. Die XV. (militärärztliche) Sektion auf dem XV. Internationalen medizinischen Kongreß zu Lissabon, 19. bis 26. April 1906. D. m. Z. 1906. S. 373. — 18) Preisaufgaben der Schweizerischen Offiziergesellschaft. A. Sch. M. Z. Nr. 27. — 19) Preisfrage des k. u. k. Militär-Sanitätskomitees. M. A. Nr. 13 u. 14.

(14) a) Stenzel. α) Über Erfahrungen bei der Syphilisbehandlung nach Welander.. β) Zur Kenntnis des Unguent. hydrargyr. cinereum. — v. Dobrzyniecki. Neue zahnärztliche Operationsmethoden. — Scheidl. Über die Anwendung der Stauungsbinde. — Steiner, Joh. Über das deutsche Feldsanitätswesen während des Aufstandes in Südwestafrika 1904/05. — Hackmann. Über eine isolierte subkutane Fraktur des Os naviculare carpi. — Mattauschek. Über die forensische Beurteilung akuter Rauschzustände vom Standpunkte des Militärstrafgesetzes. — Meller. Über Rektoromanoskopie. — Fein. Über Rhinosklerom. — Breuer. Über die Geschoßwirkung der automatischen Repetierpistolen. — Demonstrationen wurden abgehalten von: Bernert, Brosch, Červiček, Fischl, Franz, Glingar, Jeney, Koder, Pernitza, Popper, Reuter, Settmacher, Urpani.

b) Myrdacz. Über die Sanitätsverhältnisse des 4. Korps im Dezennium 1894 bis 1903.

Demonstrationen wurden abgehalten von Gömöry, Herbst, Preßlich und Valek.

c) Benedikt, α) Die Frage des moralischen Irreseins vom Standpunkte der gerichtlichen Psychiatrie. β) Über Daktyloskopie bzw. Bertillonage. — Tyrman. α) Über Epiphysenabtrennungen und deren Heilverlauf. β) Über Enteroptose und costa decima fluctuans. γ) Über die Mandelentzündung als Infektionsquelle anderer Krankheiten. δ) Über epidurale Injektionen. ε) Über die verschiedenen Methoden der Darmnaht. — Farkas. α) Über Serumbehandlung. β) Ätiologie und Differentialdiagnose des Hirnabszesses, der tuberkulösen Hirnhautentzündung und Hirnsyphilis. — Zeilendorf. α) Therapie der Ophthalmoblennorrhoe. β) Über simulierte Augenkrankheiten. — Mohl. Über Paralysis agitans sine agitatione. — Tschudi. α) Über Konstatierung und Entfernung von Fremdkörpern aus dem Ohre. β) Beurteilung der Dienstbarkeit Gehörkranker. — Pick, M. Über das Verhältnis der Mannschaftsversorgung im k. u. k. Heer zu der Unfallversicherung der Arbeiter. — Ferenczy. Über die Typhoiderkrankungen im Burenkriege 1899 bis 1900.

Demonstrationen wurden abgehalten von Apt, Farkas, Gooß, Tyrman, Zeilendorf. Joh. Steiner.

(15) Das O. m. w. V. verzeichnet folgende im Winter 1905/06 von österreichisch-ungarischen Militärärzten gehaltene Vorträge: Lang-Agram. Kapitel aus der Geschichte der Chirurgie. — Leichtmann-Arad. Militärhygiene. — Plahl-Innsbruck. Geschichte von Rovereto und das Tal Lagarina. — Hornischer-Kalinovik. Die Erkennung und Ausscheidung geistig minderwertiger Rekruten. — Bloch-Pilsen. Ceylon in Skioptikonbildern. — Šrutek-Plevlje. Wundbehandlung im Felde auf Grund der neuesten Kriegserfahrungen. — Schneider-Sarajevo. Ursprung und Wesen der Syphilis. — Staniek-Temesvár. Elektrizität, Röntgenstrahlen uud das Radium im Dienste der Medizin. — Apt-Temesvár. Der gegenwärtige Stand der Bakteriologie in Hinsicht auf die endemischen und epidemischen Krankheiten. — Sonz-Triest. Über Zünd-, Schieß- und Sprengpräparate. — Jonasz-Fehértemplom (Ung. Weißkirchen). Winke über Verhütung von Geschlechtskrankheiten. — Pacold-Fehértemplom. Über den Sanitätsdienst im russisch-japanischen Kriege. — Drastich-Wien. Der geistig Minderwertige in der Armee und dessen Beurteilung durch die hierzu berufenen militärischen Organe. Joh. Steiner.

(18) Unter den für das Jahr 1906/07 gestellten Preisaufgaben betreffen die 19. und 20. folgende militärärztliche Themen: 19. Wie soll der Sanitätsoffizier fachtechnisch und taktisch ausgebildet werden und in welchen Kursen soll das geschehen? 20. Die Behandlung der Schußwunden von der Feuerlinie bis zum Militärspital unter Berücksichtigung der Lehren des japanisch-russischen Feldzuges. Joh. Steiner.

(19) Das Thema der im Jahre 1906 gestellten Preisfrage, deren Beantwortung bis zum 31. Dezember 1907 einzusenden war, lautet: Traumatische Neurosen im Anschluß an Kopfverletzungen. Ihr Einfluß auf die Diensttauglichkeit und ihre Bedeutung bei Versorgungsansprüchen.

Der Preisgekrönte erhält eine goldene Medaille im Werte von 80 Kronen und gegen 300 Kronen bar. Joh. Steiner.

D. Sanitätspersonal und Sanitätsmaterial.

1. Fortbildung des Sanitätspersonals.

1) Militärschulen und Übungen der schweizerischen Sanitätstruppe im Jahre 1906. Aus dem Bericht des eidgenössischen Militärdepartements. — 2) Landberg. Militärärztlicher Kursus am allgemeinen Garnisonlazarett (Stockholm). T. M. H. 1906, H. 2. — 3) Le livre d'or des infirmiers militaires, Cad. 1906, Nr. 7. — 4) Sanitätswesen Japans. Löb. Jhrb. 1906, S. 161. — 5) Ausbildung von Ärzten für die Armee der Vereinigten Staaten von Amerika. Löb. Jhrb. 1906, S. 260.

(1) Rekrutenschulen und Spital- (Krankenwärter-) Kurse wurden im gewöhnlichen Rahmen abgehalten. Unter den 572 Rekruten waren 75 Studenten der Medizin und 8 Pharmazeuten. (Früher erhielten die Mediziner die Rekrutenausbildung bei der Infanterie.)

Unteroffizierschule gab es 1906 nur eine in Basel, an der 41 Mediziner und 6 Pharmazeuten teilnahmen.

Von den drei Offizierschulen in Basel wurde die dritte nach einem neuen, provisorischen Unterrichtsplane gehalten, da deren sämtliche Teil-

nehmer zum ersten Male bereits die ganze militärische Ausbildnng bei der Sanitätstruppe genossen hatten und als Sanitätskorporale einrückten. Von 53 Eingerückten wurden 50 als Sanitätsoffiziere approbiert.

In Bern und in Genf fand je ein taktisch-klinischer Kurs für Sanitätsoberleutnants statt, der mit einer vier- bzw. fünftägigen Übungsreise schloß.

Vor Beginn der Korpsmanöver wurde in Uznach (Kanton St. Gallen) durch den Korpsarzt des 4. Korps ein Vorbereitungskurs für Divisions-, Brigade- und Regimentsärzte, Lazarett- und Ambulanzkommandanten abgehalten, wobei auch eine hygienische Erkundung des Manövergebietes stattfand.

An den großen Manövern nahmen teil: Die Divisionslazarette Nr. 4 (Ambulanzen 16, 17, 18) und Nr. 8 (Ambulanzen 36, 37, 40), dann das Korpslazarett Nr. III (Ambulanzen 29, 30, 34, 35). Die Ambulanzen 36 und 37 waren behelfsweise als Gebirgsambulanzen ausgerüstet.

Die Landwehrambulanzen 1, 6, 12 und 21, die Transportkolonnen 3, 4 und 5, die Sanitätszüge 2 und 3 sowie ein Teil des Truppensanitätspersonals der 18. (Landwehr-) Infanterie-Brigade waren in Luzern zu einem gemeinsamen Kurs vereinigt. Joh. Steiner.

(2) Der militärärztliche Kursus 1905 ist von 12 Militärärzten in $2^1/_2$ Monaten nach demselben Programm wie die nächstvorhergehenden Kurse durchgeführt worden. Der Direktor des Kursus betont als wünschenswert, daß die Anzahl der Unterrichtsstunden für Augen- und Ohrenuntersuchungen vermehrt werde. C. C. Ekeroth.

(3) Die Sterblichkeit der Armee beträgt 3,78, die der Sanitätsmannschaft 5,95. Daran sind die Infektionskrankheiten in erster Linie beteiligt; so verlor die Armee am Typhus 0,72‰; die Sanitätsmannschaften 1,75. Ähnlich stellte sich die Differenz für Tuberkulose und Scharlach. Ktg.

(4) Organisation des Sanitätswesens, Ausstattung der Formationen mit ärztlichem Personal und Sanitätsdienst sind nach deutschem Muster. — Die Vorbildung der Sanitätsoffiziere ist vorläufig noch sehr verschieden. Man kann drei Kategorien unterscheiden; die erste hat eine vollwertige Universität (Tokio, oder eine ausländische, meist deutsche) absolviert, die zweite hat eine einheimische oder ausländische (meist amerikanische) Lehranstalt für Medizin besucht, und die dritte — vorläufig noch sehr zahlreich — hat ihre Kenntnisse durch Selbststudium bzw. als Gehilfe von Ärzten erworben. — An Sanitätsoffizieren der Reserve herrscht noch großer Mangel. Während des Feldzugs konnte die planmäßig vorgesehene Anzahl von Sanitätsformationen mangels des nötigen Personals nicht voll aufgestellt werden. Statt der früher vorgesehenen 6 Feldlazarette hatten die Divisionen nur 3 bis 4. B.

(5) Um ein modern durchgebildetes Sanitätskorps heranzuziehen, wurde eine Verordnung erlassen, wonach der Staat die Studienkosten für junge Leute übernimmt, die sich im Ausland vorbereiten wollen. Bedingung ist das Reifezeugnis eines amerikanischen Gymnasiums. Die, welche im Ausland ihr Studienziel nicht erreichen, müssen gleich der dort verbrachten Zeit über die gesetzliche Dienstzeit hinaus nachdienen. Die die Studien mit Erfolg beendet haben, sind gehalten, die doppelte Zeitdauer dem Staate als Arzt Dienst zu leisten. B.

2. Ausgestaltung des Sanitätsmaterials.

Vgl. auch VI, 4.

1) Tobold. Das deutsche Sanitätswesen auf der Internationalen Ausstellung in Mailand 1906. D. m. W. 1906, Nr. 30. — 2) Ders. Die deutsche Sanitätsabteilung und das Militär-Sanitätswesen anderer Staaten auf der Internationalen Ausstellung in Mailand 1906. D. m. Z. 1906, Heft 7 u. 8. — 3) Fröhlich. Der Militär-Sanitätsdienst auf der Internationalen Ausstellung zu Mailand im Jahre 1906. R. mil. s. 1906, Nr. 10 u. 11. — 4) Seel. Über Arzneitabletten. M. A. Nr. 21 u. 22. — 5) Ergänzung der großen bakteriologischen Kästen zu tragbaren bakteriologischen Laboratorien. K. M. Verf. v. 30. 4. 06 Nr. 1797/2. 06. M. A. D. m. Z. 1906, A. Bbl. Nr. 8. — 6) Pfuhl, E. Über das neu eingeführte tragbare bakteriologische Laboratorium. D. m. Z. 1906, Heft 9. — 7) Marx, E. Die für das Feldlaboratorium zu wählenden Verfahren des Typhusnachweises. G. R. v. L., Bd. I. — 8) Küppers. Kriegsbrauchbare Wanne. D. m. Z. 1906, S. 322.

(3) Frölich teilt seinen Bericht über das auf der Mailänder Ausstellung zur Anschauung gebrachte Material des Militärsanitätsdienstes in drei Abschnitte: 1. Die offiziellen Ausstellungen des preußischen und italienischen Kriegsministeriums sowie des schweizerischen Militärdepartements. 2) Die Ausstellungen der Vereine der freiwilligen Krankenpflege der genannten drei Staaten und 3. Die Ausstellung von Privatpersonen (Fabrikanten, Konstrukteuren usw.).

Bezüglich der zahlreichen Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Joh. Steiner.

(7) Wasseruntersuchungen auf das Vorhandensein von Typhus sind im Feldlaboratorium nicht auszuführen und nicht zu beanspruchen. Zweckmäßiger als die Stuhluntersuchung ist, wenn die Verhältnisse (frische Fälle) es gestatten, die Untersuchung des Blutes oder des Roseolasaftes. Der Endosche Nährboden ist zur Zeit als der für das Feldlaboratorium geeignetste zu bezeichnen, da er am leichtesten mit den geringsten Mitteln darstellbar ist und die besten Resultate ergibt. Urinuntersuchungen sollen durch grundsätzliche Urotropingaben möglichst eingeschränkt werden. Zur Widalschen Reaktion sind in der Regel mit Formol abgetötete Kulturen von Typhus- und Paratyphusbazillen zu benutzen. Das Fickersche Diagnostikum ist in kleinen Quantitäten zur Reserve mitzuführen. Die Identifizierung typhusverdächtiger Kulturen erfolgt mittels agglutinierender, künstlich dargestellter Sera, die als Trockensera mitzuführen sind. B.

E. Ersatzwesen.

1. Rekrutierung, Dienstunbrauchbarkeit und Invalidität.

(Vgl. auch I, B. 12; VI, 8.)

1) Maßnahmen zur frühzeitigen Ermittlung des geistigen Verhaltens der Heerespflichtigen vor der Aushebung. D. m. Z. 1907, S. 155 bis 157. — 2) Verfügung über Ausnutzung der Wahrnehmungen bei militärischen Untersuchungen für die vorbeugende Krankenpflege. K. M. Verf. v. 30. 12. 1906 Nr. 2051/12. 06 M. A. D. m. Z. 1907, S. 151. — 3) Kean. Das in der Armee (der Vereinigten Staaten) neu eingeführte System der Personal-

identifikation mittels Fingerabdruck. J. a. m. s. 1906, Nr. 15. D. m. W. 1906, S. 1931. — 4) Schmidt, Georg. Leistenbruch und Militärdienstfähigkeit. G. R. v. L. Bd. II. — 5) Reichborn-Kjennerud. Unterleibsbrüche und Diensttauglichkeit. Tidsskr. f. d. norske laegeforennig 1906 Nr. 8. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 602. — 6) Collin. Zur Kenntnis und Diagnose der angeborenen Farbensinnstörungen. Heft 32 d. Veröff. aus d. Geb. d. Mil. San. W. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 200. — 7) Lawson. Conditions of eyesight required for military service. Brit. med. Assoc. Aug. 1906. — 8) Williams. Visual tests for railway and marine service. Brit. med. Journ. Dez. 1906, S. 1851. — 9) v. Vogl, A. Die wehrpflichtige Jugend Bayerns. 3 Kartogramme nebst erklärendem Text. München 1906 (J. F. Lehmann). — 10) Nieddu, A. Le affezioni dell' orecchio incompatibili col servizio militare. G. M. 1906, Nr. 11. — 11) Schieffer. Über den Wert der Orthodiagraphie als diagnostisches Hilfsmittel mit besonderer Berücksichtigung der Herzuntersuchung des Soldaten. D. m. Z. 1906, Heft 10. — 12) Fichtner. Über zweifelhafte Herzerkrankungen und ihre militärärztliche Beurteilung. D. m. Z. 1906, Heft 2. — 13) Dölger, Rob. Die ohrenärztliche Tätigkeit des Sanitätsoffiziers auf Grundlage der neuen Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit vom 13. Oktober 1904. Wiesbaden 1906 (J. F. Bergmann). Bespr. D. m. Z. 1906, S. 412. — 14) Schwiening, H. Über Körpergröße und Brustumfang bei tuberkulösen und nichttuberkulösen Soldaten. D. m. Z. 1906, Heft 5. — 15) Dautwitz. Die Frühdiagnose der Lungentuberkulose in der Armee. D. m. Z. 1906, Nr. 9 u. 10. — 16) Brunzlow. Die Bedeutung der modernen Nasenchirurgie für die Militärdienstfähigkeit. D. m. Z. 1906, Heft 6 u. 7. — 17) Fruth. Musterung und Aushebung. D. m. Z. 1906, S. 382. — 18) Pensionierungsvorschrift für das preußische Heer (P. V.) vom 4. August 1906. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 695. — 19) Nachtrag I zur Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit und zur Ausstellung von militärärztlichen Zeugnissen. Berlin 1906 (E. S. Mittler & Sohn). — 20) Paalzow, F. Die Invalidenversorgung und Begutachtung beim Reichsheere, bei der Marine und bei den Schutztruppen. Bibl. v. Coler, Bd. 14. Berlin 1906, Aug. (Hirschwald). Bespr. D. m. Z. 1906, S. 552. — 21) Hecker. Der Einfluß der Lungentuberkulose auf die Erwerbsfähigkeit bei 300 Militärinvaliden. D. m. Z. 1906, Heft 4. — 22) Verpflichtung, unerhebliche chirurgische Operationen behufs Erhaltung der Dienstbrauchbarkeit vornehmen zu lassen. Entscheidungen des Reichs-Mil. Ger., Bd. 8. D. m. Z. 1906, S. 446. — 23) Chauvel. Des pertes, que subissent par la réforme les engagés volontaires dans les différentes armes. Cad. 1906, Nr. 2. — 24) Reichborn-Kjennerud. Brok og tjenest-dyghighed. N. T. M. 1906, Nr. 3.

(1) Erlaß der Minister der geistlichen usw. Angelegenheiten und des Innern vom 17. April 1906, betreffend Benachrichtigung der Ersatzkommissionen, wenn Personen, über deren Eintritt in das Heer noch nicht entschieden ist, aus einer Anstalt für Geisteskranke usw. entlassen werden. D. m. Z. 1907, S. 157 u. D. m. W. 1906, Nr. 21.

Erlaß vom 20. 10. 1906 — Kr. M. Nr. 991/8. 06. A. I. Ang., M. d. I. Nr. 1394 — betreffend endgültige Entscheidungen über das Militärverhältnis der ehemaligen Hilfsschüler. D. m. Z. 1907, S. 155. B.

(3) Das System (Galton), vervollständigt durch Photographie und kurze Personalbeschreibung, wurde 1905 eingeführt. B.

(4) Schmidt tritt dafür ein, daß wegen Leistenbruchs die Dienstfähigkeit nicht aufgehoben sein soll. Wer den operativen Eingriff ablehnt, müsse sein Bruchband tragen, wie das alle die tun, deren Brüche Unfallereignissen nicht zugeschrieben werden. B.

(7) Lawson bespricht die Bedingungen für die Sehschärfe zum Diensteintritt; die bisher niedrigste Grenze der Sehschärfe für Militärdiensttauglichkeit beträgt $^6/_{24}$. Er schlägt vor, die Bedingungen zu verschärfen: r. S. = $^6/_6$, l. $^6/_{12}$; für eine bestehende Kurzsichtigkeit 3 D, für Weitsichtigkeit 4 D, für Astigmatismus 3 D, als Grenze zu setzen. Für die Helligkeitswerte bei der Prüfung sind bestimmte Maße zu fordern; auch die ophthalmoskopische Prüfung wird als obligatorisch hingestellt.

(8) Williams gibt Vorschriften für die Grenzen des Sehvermögens für den Dienst bei Eisenbahn und Marine; es werden für die einzelnen Klassen des Dienstes, Zweige der Tätigkeit besondere Vorschriften erteilt; auf die richtige Bezeichnung bzw. Erkennung der Farbennuancen wird bei der Farbensinnprüfung Wert gelegt.

(9) Behandelt die Kindersterblichkeit der Bayern, die Tauglichkeit der Stadt- und die der Landbevölkerung zum Militärdienst. B.

(10) Vorschläge für Abänderung der Aushebungsbestimmungen. Vom Militärdienst befreien soll die Otitis media purulenta chronica, die Otosclerosis, die Folgen von Operationen, Traumen, Fremdkörpern, ferner hochgradige doppelseitige und einseitige Schwerhörigkeit mit starkem Defekt der Orientierung für Töne oder der Funktion des nicht akustischen Labyrinthes, die die Periode der Zurückstellung überdauern und in einem Militärlazarett festgestellt und erfolglos behandelt sind. Msr.

(11) Schieffer tritt dafür ein, die Orthodiagraphie beim Aushebungs- und Musterungsgeschäft heranzuziehen. B.

(12) Als zweifelhafte Herzerkrankung bezeichnet Fichtner die, bei denen Geräusche am Herzen, Veränderung der Schlagfolge und des Herzrythmus nachweisbar sind und subjektive Beschwerden bestehen, ohne daß die Herzgröße verändert ist. Sobald eine organische Erkrankung nachweisbar ist, sind die Leute zu entlassen, in zweifelhaften Fällen sind die Leute im Dienst zu beobachten, was ohne Gefahr bei der Ausbildung möglich ist; wirkliche Herzmuskelinsuffizienzen treten erst später, zur Zeit der Märsche, auf. B.

(14) Eingehende Verarbeitung des Materials von 4540 Tuberkulosezählkarten, verglichen mit 4707 Angaben aus Mannschaftsuntersuchungslisten, wobei tunlichst in beiden Gruppen für jede Körpergröße die gleiche Zahl herangezogen ist. Wenn auch die aus diesem umfangreichen Materiale gewonnenen Mittelwerte eindeutig ergaben, daß die Tuberkulösen unter den größeren Leuten häufiger sind, und daß der Brustumfang bei ihnen im Verhältnis zur Körpergröße geringer ist als beim Nichttuberkulösen, so sind doch die Schwankungsbreiten im einzelnen so erheblich, daß die geringen Unterschiede für die Beurteilung des einzelnen Mannes ohne praktische Bedeutung sind. B.

(15) Tuberkuloseverdächtige sind, wenn sie sonst den körperlichen Anforderungen genügen, versuchsweise einzustellen unter Eintragen eines entsprechenden Vermerks in die Listen, sie auf ein Jahr zurückzustellen, ist unrichtig. Bei der Truppe sind sie so lange zu beobachten, bis eine Sicherheit über die Tauglichkeit gewonnen ist. Werden Leute wegen Tuberkuloseverdachtes einmal untauglich erklärt, so werden sie zweck-

mäßig für den aktiven Dienst nicht wieder ausgehoben. Geht dann näher auf die Diagnostizierung der beginnenden Tuberkulose ein. B.

(16) Behandelt eingehend die Diagnosestellung, Beurteilung und die operativen Eingriffe behufs Erhaltung der Dienstfähigkeit. B.

(23) Unter den von 1892 bis 1902 eingestellten Freiwilligen wurden unbrauchbar:

Truppenteil	Unter 19 Jahre alt		pCt.	Über 19 Jahre alt		pCt.
	Eingestellt	Unbrauchbar		Eingestellt	Unbrauchbar	
Infanterie (4 Regimenter) .	961	28	2,9	1245	46	3,6
Leichte Kavallerie (2 Regimenter Jäger zu Pferde) .	241	9	3,7	323	10	3,1
Linien-Kavallerie (2 Dragoner-Regimenter) . . .	750	30	4	201	7	3,9
Schwere Kavallerie (2 Kürassier-Regimenter) . . .	462	26	5,6	502	22	4,4
Genie (2 Regimenter) . .	1157	46	2,9	1400	70	5
Artillerie (4 Regimenter) .	1660	65	3,9	1899	114	6

Im allgemeinen zeigen diese Untersuchungen, daß die Zahl der Unbrauchbaren mit der Schwere des Dienstes in einem direkten Verhältnis steht. Ktg.

(24) Die Zahl der wegen Unterleibsbruch kassierten Rekruten betrug in Norwegen 23,1, in der Schweiz 30,1, in Dänemark 20,8, in Deutschland 23,5‰ der Wehrpflichtigen. Nur in Frankreich schließt ein Leistenbruch die völlige Tauglichkeit nicht grundsätzlich aus; in Schweden und Deutschland gestattet er die Einstellung zum Dienst ohne Waffe. Verf. definiert den Begriff der noch in einzelnen Ländern als Ausschließungsgrund geltenden Bruchanlage als Durchgängigkeit der Apertura interna canalis inguinalis, weist darauf hin, daß in der Kindheit vorhanden gewesene Brüche ausheilen können und daher keinen grundsätzlichen Ausschließungsgrund abgeben, daß traumatische Brüche und daher auch Dienstbeschädigungen äußerst selten und die mit Bruch behafteten vor die Alternative zu stellen sind, entweder ohne Invalidenpension entlassen zu werden oder sich operieren zu lassen, und schlägt vor, alle Wehrpflichtigen, die operiert sein wollen, gratis in die Lazarette aufzunehmen und dienstbrauchbar zu machen. Msr.

2. Simulation.

1) Uthoff. Artifizielle Leukome. Mitt. der schles. Gesellsch. f. vaterl. Kult. A. m. C. Z. 1906, Nr. 29. — 2) Chavigny. Diagnostic des maladies simulées. Paris 1906 bei Baillière. Bespr. Cad. 1906, Nr. 7. — 3) v. Ammon. Untersuchungsmethode zur Entlarvung der Simulation einseitiger Blindheit. D. m. Z. 1906, S. 382.

(1) Vorstellung russischer Patienten, die sich im rechten Pupillargebiet Trübungen der Cornea für hohe Summen hatten ausführen lassen, um militärfrei zu werden, und nun in Breslau wieder hergestellt werden wollten. Ktg.

(2) Dem Buch liegt speziell militärärztliches Material zugrunde, welches bei Disziplinartruppenteilen und Gefängnissen, sowie in der gerichtsärztlichen Sachverständigentätigkeit sich reichlich bietet. Die Hälfte der 500 Seiten des Inhalts ist der Psychiatrie gewidmet. Ktg.

II. Militär-Gesundheitsdienst.

A. Hygiene des Dienstes (allgemein).

1) Scarano. La leva militare dal punto di vista morale. Roma 1905, E. Voghera. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 315. — 2) Simon u. Perrin. Les malingres dans l'armée, ce qu'on peut, ce qu'on doit en faire. A. M. et Ph. m. 1906, S. 265. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 425. — 3) Stier. Die Trunkenheit und ihre Beurteilung vor den Militärgerichten. Vortr. in d. Berl. mil. ärztl. Gesellsch. D. m. Z. 1906, S. 40. — 4) Müller, Eduard u. Seidelmann, Wolfgang. Über das Verhalten des spezifischen Körpergewichts bei gesunden Mannschaften. M. Kl. 1906, Nr. 9. — 5) Bieck. Die Körperpflege des Soldaten. M. Kl. 1906, Nr. 40. — 6) Woodson. The medical officer and the line — a reminiscence. J. a. m. s. Okt. 1906, S. 352. — 7) Buttler. A suggestion for the greater efficiency of the organized militia. J. a. m. s. Sept. 1906, S. 243. — 8) Woodruff and Woodbury. The present of disease in the army and the best method of accomplishing that result. J. a. m. s. Juli 1906, S. 1. — 9) Brecht. Reinheit. Vortr. geh. vor d. Offizierkorps des I/95. M. W. Bl. 1906, Nr. 96. — 10) Unterweisung der Truppe in der Handhabung eines neuen Verbandpäckchens. A. V. Bl. 1906, Nr. 4. D. m. Z. 1906, A. Bl. Nr. 6. — 11) Kirchner, A. Welches ist der gefährliche Moment für die Entstehung eines Mittelfußknochenbruchs beim Gehen. D. m. W. 1906, Nr. 28. — 12) Fischer. Behandlung des Schweißfußes in der Armee. M. m. W. 1906, Nr. 9. — 13) Ask. Sur l'aptitude à la marche et l'hygiène du pied. Cad. 1906, Nr. 3. (Ref. aus T. M. H. 1905, H. 3.) 14) Alkoholverbot bei den Manövern in Frankreich. Fr. m. 1906, Nr. 6755. — 15) Flatau. Die funktionelle Stimmschwäche (Phonasthenie) der Sänger, Sprecher und Kommandorufer. Charlottenburg 1906, Brückner. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 414.

(4) Während der Dienstzeit wächst nicht nur das absolute Körpergewicht, sondern auch das spezifische, was darauf hinweist, daß während der Dienstzeit Muskulatur und Knochengewebe besonders zunimmt, das Fettgewebe nicht, es werden also gerade die Gewebe günstig beeinflußt, von denen im wesentlichen die körperliche Leistungsfähigkeit abhängt, so daß die Militärzeit eine hohe Bedeutung für die Gesundung des Volkes hat. B.

(5) Unterzieht die Ernährung, Bekleidung und Hautpflege einer Kritik und macht einige Abänderungsvorschläge. B.

(6) Sanitäre Vorschläge der Truppenärzte stoßen bei den Militärbefehlshabern oft auf Schwierigkeiten und bleiben deswegen, ungeachtet ihrer Dringlichkeit, nicht selten zum Schaden der Truppen unausgeführt. Großheim.

(7) Zur Hebung und Erhaltung der Schlagfertigkeit der Armee empfiehlt B. systematische Besprechung der wichtigsten militärhygienischen Fragen in Mannschaftsinstruktionen durch die Truppenärzte. Großheim.

(8) Vorschläge über gesundheitliche Maßnahmen in Kriegslagern und über die Ausbildung der Militärärzte auf dem Gebiete des Heeresgesundheitsdienstes. Großheim.

(12) Fischer verteidigt Villaret gegenüber seine Formalin-Vasenolbehandlung des Schweißfußes. Die von Villaret in den Vordergrund gestellten Gefahren infolge Giftigkeit des Formalins kämen in der Praxis nicht zur Geltung. Die von Villaret warm empfohlene Behandlung mit Salizylsäure sei antiquiert und wenig wirksam. B.

(13) Verlangt außer den bekannten Forderungen zur Fußpflege eine sehr eingehende Instruktion der Sanitätssoldaten über die Fußkrankheiten, ihre Vorbeugung und Behandlung. Ktg.

(14) Den Marketendern ist in Frankreich verboten, bei den Manövern alkoholhaltige Getränke zu verkaufen. B.

B. Unterkunft.

(Siehe auch IV, 7.)

1) Lemoine et Simonin. Les rapports de la morbidité militaire avec l'habitation du soldat. R. h. p. s. 1906, S. 477. Bespr. D. m. Z. 1908, Heft 4. — 2) Petges. Influence des casernements sur l'hygiène, casernes anciennes et modernes. R. h. p. s. 1906, S. 18. Bespr. D. m. Z. 1908, Heft 4. — 3) Simonin. Des types actuels des casernes dans l'armée. Des conditions générales qu'ils doivent remplir au point de vue hygiènique par rapport au climat et aux régions. Internat. Kongr. f. Wohnungshyg in Mailand 1906. Cad. 1906, Nr. 19. — 4) G. Resultats du concours ouvert en vue de l'amélioration du casernement. Cad. 1906, Nr. 22. — 5) Heyne. Beschreibung der in der Kaserne des 8. Kgl. Sächsischen Feldart. Regts. Nr. 78 angelegten Warmwasseranlage. D. m. Z. 1906, H. 9. — 6) Lemoine. A propos de l'hospitalisation cellulaire importance de l'organisation du service. R. h. p. s. 1906, S. 430. Bespr. D. m. Z. 1908, Heft 4. — 7) Simonin. Note sur l'emploi des locaux interchangeables pour l'hospitalisation des malades contagieuses: son application à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grace. R. h. p. s. 1906, S. 420. Bespr. D. m. Z. 1908, Heft 4. — 8) Mc. Gill. The sanitation of transports. J. M. C. Vol. VII, S. 472. Bespr. D. m. Z. 1908, Heft 4. — 9) Tintner. Zur Frage des Truppentransports auf Flüssen. M. A. 1906, Nr. 19 u. 20. — 10) Freeman. Die Gesundheitspflege im Feldlager. W. m. Pr. 1906, Nr. 7. — 11) Roberts. A much neaded and easily effected reform in camp sanitation. J. a. m. s. Juli 1906, S. 50. — 12) Romary. Dangers de certains appareils de ventilation. Cad. 1906, Nr. 12.

(3) Die enge Belegung der Kasernen ist eines der Momente, welche die Ausbreitung epidemischer Krankheiten im Militär begünstigen. Im übrigen wächst die Morbidität der Garnison mit der Dichtigkeit und Unsauberkeit der Bevölkerung des Standortes. In allen Kulturstaaten haben sich die Anstrengungen der Bauleute, Offiziere und Ärzte darauf gerichtet, die Kasernements zu verbessern. Wir fordern heute: 1. Erbauung auf einem gesunden Gelände, mit weitem Raum für die einzelnen Gebäude und mit

reichlichem guten Trinkwasser. 2. Dezentralisierte Bausysteme; Einzelbauten für kleine Abteilungen, große Zimmer mit dünner Belegung, Trennung aller Nebenräume und Nebengebäude von den zum Wohnen bestimmten. 3. Genügenden Luftkubus, besonders in den Schlafsälen; die Betten müssen mindestens 80 cm voneinander entfernt stehen.

Bei derselben Gelegenheit demonstrierte Dr. Bréchot einen kompendiösen Gasapparat zum Verbrennen von Staub, Sputis und gebrauchten Verbandstoffen. Ktg.

(4) Der Wettbewerb wurde am 9. 2. 1905 eröffnet. Über ihn ist in Roths Jahresbericht für 1905 S. 49 zu 6) näheres mitgeteilt. Die Beteiligung der Militärärzte war schwach; doch wurden 6 mit Preisen ausgezeichnet. Aus 51 zur engeren Berücksichtigung zugelassenen Arbeiten führt G. die Hauptforderungen an, von denen etliche allgemeines Interesse haben: Besondere Putzräume mit Stiefelschrank. Die Waschräume sollen auch Vorkehrungen für Fußbäder und, in einem abgesonderten Gelaß, Bidets enthalten. Elektrisches Licht und zentrale Warmwasserheizung für alle Wohnräume. Besondere Lokale neben den Küchen für das Putzen der Gemüse usw. wie für die Speiseausgabe. Latrinen mit Spülung. Beseitigung des Teeranstrichs der Dielen. Für die Infirmerien ein besonderer Warteraum und desgl. Verbandzimmer. Trennung der Brausebäder von den Infirmerien. Für die verheirateten Unteroffiziere kleine Einzelhäuser mit 4 Zimmern und Zubehör. Gemeinsames Waschhaus mit Trockenraum für mehrere Familien.

Außerdem werden noch folgende Forderungen erwähnt, die von einigen Seiten erhoben wurden: Ein Sprechzimmer zum Empfang von Besuch, neben der Thorwache der Kaserne. Übungsräume für die Musik, in denen sie die Anwohner nicht belästigt. Turneinrichtungen in einem Saal jeder Bataillonskaserne. Installation eines Barbiers (Friseurs) in einem besonderen Lokal der Kaserne. Tennis- und Fußballplätze für die Mannschaften. Hinausverlegung der Kasernen aus den Städten in die Nähe des Exerzierplatzes. Bedeckte Veranden oder Balkons, welche gestatten würden, in jeder Etage die Reinigung der Sachen auch bei ungünstiger Witterung außerhalb der Wohnräume vorzunehmen. Ktg.

(5) Beschreibung einer in der Anlage und im Betriebe verhältnismäßig billigen Anlage, welche leicht zu bedienen ist und schnell warmes Wasser gewinnen läßt. B.

(9) Tintner veröffentlicht Beobachtungen, die er während eines Truppentransportes auf der Donau von Wien nach Budapest und Neusatz gemacht hat. Joh. Steiner.

(10) Freeman hält es auf Grund der Erfahrungen in Südafrika hygienisch für angezeigt, die kurzdauernden Feldlager durch Biwaks zu ersetzen. Später eintreffende Truppen sollten stets andere Biwakplätze wählen, um Infektionen zu verhindern. In ständigen Lagern muß der Hygiene noch mehr Gewicht beigemessen werden, als bisher (in England) geschieht. Verfasser bespricht die Anforderungen, die an die Wasserversorgung, den Feldküchenbetrieb, die Abfuhr der Abfallstoffe, die Anlage der Latrinen, das Baden der Mannschaft usw. zu stellen sind. Die frühzeitige Einsetzung von Gesundheitskommissionen und die Kommandierung hygienisch (bakteriologisch) geschulter Militärärzte sei unerläßlich. Vor allem aber wäre bei Offizieren und Soldaten durch intensiven Unterricht in der Gesundheitspflege das Verständnis für hygienische Fragen zu wecken und zu fördern. Joh. Steiner.

(11) Roberts legt auf die Unschädlichmachung und Beseitigung der Fäkalien in Kriegslagern sowie auf die zweckmäßige Anlage der Latrinen den größten Wert. Nach jeder Entleerung sollen die Fäces mit Erde bedeckt werden. Nützlich ist auch die Verwertung kleiner Deckelwagen, die unter den Latrinensitzen aufgestellt und leicht abgefahren werden können. 5 Abbildungen erläutern die Anlage. Großheim.

C. Bekleidung und Ausrüstung.

Siehe auch IV, 7.

1) Höfer, A. Zur Frage der feldmäßigen Bekleidung und Ausrüstung. St. ö. m. Z., 1906 I, 637. — 2) Neue Kopfbedeckungen. Neue mil. Bl. 1906, Nr. 7/8. — 3) H. Blich Holst. Nyt militaert skotøi. N. T. M. 1906, 4.

(1) Die Farbe der Kleidung soll sich dem Gelände anpassen, alles Glänzende muß vermieden werden. Die Zweckmäßigkeit der einzelnen Kleidungsstücke wird eingehend erörtert. Für zweckmäßig wird eine Trennung der Ausrüstung in Marsch- und Gefechtsadjustierung erachtet.

(2) Beschwerden über das Gewicht der Feldkappe führten zu vergleichenden Prüfungen. Es wog die österreichische Feldkopfbedeckung 138 g; die italienische 300; die russische 154; die französische 185; die englische 230; der englische Tropenhelm 550; der preußische Helm 390; die japanische Feldmütze 110 g. — Die österreichische Mütze ist also leichter wie die der meisten andern Armeen. Das neue Modell hat eine Ventilationseinrichtung erhalten. Ktg.

(3) Eine Reihe von Messungen an den Füßen der norwegischen Soldaten, die von Militärärzten ausgeführt worden sind und sich auf Fußlänge, Weite über Ballen, Spann, Spann und Ferse unter Berücksichtigung der Bekleidung mit wollenen Strümpfen oder Fußlappen erstreckten, hat die Unzulänglichkeit des alten Fußzeuges, besonders in bezug auf das Verhältnis von Länge zu Breite der Leisten, ergeben. Danach sind Tabellen für die Anfertigung neuen Fußzeuges aufgestellt. Mer.

D. Ernährung.

Siehe auch I, B. 12; IV, 7; V, 7; VI, 7.

1) v. François. Verpflegungsdienst bei den höheren Kommandobehörden. II. Teil. Stillstand der Operationen und Rückzug. Berlin 1906, E. S. Mittler & Sohn. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 145. — 2) Noak, Max. Die Ernährung des Soldaten in der Garnison. Inaug. Diss. Leipzig 1906. — 3) Das italienische Train-, Sanitäts- und Verpflegungswesen. St. ö. m. Z. 1906, I., S. 774 nach hyg. Ztrlbl. 1906, Bd. I. S. 482. — 4) Coccone, M. La razione alimentare del soldato in tempo di pace. G. m. 1906, 1. — 5) Hladik. Ist frisch geschlagenes Ochsenfleisch genießbar und der Gesundheit zuträglich? Z. f. H. LIV, H. 1. — 6) Hummel. Kochversuche mit Kochkisten. D. m. Z. 1906, S. 654. — 7) Pfuhl, E. und Wintgen, M. Über eine nicht bakterielle Ursache für die Auftreibung von Fleischkonservenbüchsen. Z. f. H. Bd. LII, S. 145. — 8) Sausage as fieldration. J. a. m. s. Nov. 1906, S. 445. — 9) Beveridge. The inspection of tinned foods. J. M. C. VII, 2. —

10) Meixner. Die Konservierungsmittel für Fleisch und das Fleischbeschaugesetz. D. m. Z. 1906, S. 611. — 11) Sforza, C. Sulle cause d'inquinamento da microorganismi del brodo concentrato et sul modo di evitare. G. m. 1906, 4. — 12) Piutti, A. e Bentivoglio, G. Sull' impiego del Tetractoruro di carbonico per la vicerca delle materia coloranti proibiti della legge sanitaria nelle paste alimentari. An. m. n. 1906, II. 1 bis 2. — 13) Uhlenhuth. Zur Kenntnis der gastrointestinalen Fleischvergiftungen und der biologischen Eigenschaften ihrer Erreger. G. R. v. L. Bd. I. — 14) Kolb. Fleischvergiftungen. D. m. Z. 1906, S. 608. — 15) Kutscher, K. Eine Fleischvergiftungsepidemie in Berlin infolge Infektion mit dem Bact. Paratyphi B. Z. f. H. 1906, Bd. 55. — 16) Vaccari, A. Sulla tossità di due piante indigene italiane usate come veleno per i pesci. Oenanthe crocata L. e Daphne Gnidium L. An. m. n. 1906 I, 3.

(2) Empfiehlt zur Verbesserung anstatt Verabreichung von 750 g Brot täglich eine solche von nur 500 g und dafür von 250 g Weißbrot (Semmel) und unter entsprechenden Mehrkosten bei der Herstellung des Brotes eine Erhöhung des Kleieauszuges des Roggenmehles von 15 auf 25 pCt. N. macht dann noch Vorschläge für die Abendkost und rät ab von einer allgemeinen stärkeren Verwendung des Zuckers in der Soldatenkost. (Hinsichtlich der Angabe, daß Brot aus Mehl mit 25 pCt. Kleieauszug teurer zu stehen kommt als solches aus Mehl mit 15 pCt. Kleieauszug, hat N. an einem alten Vorurteil festgehalten, das aber rechnerisch leicht zu beseitigen ist; bei Brot mit Mehl aus 25 pCt. Kleieauszug erhält man für denselben Preis mehr verdauliche Nährstoffe. B.) B.

(4) Die Friedensportion des italienischen Soldaten besteht aus 750 g Brot, 200 g Fleisch, 180 g Paste oder Reis, 15 g Speck, 10 g Kaffee, 15 g Zucker, 250 g Wein = 122 g Eiweiß, 25 g Fett, 510 g Kohlehydraten = 2829 Kal. Bei gleicher Höhe der Kosten würden 750 g Brot, 200 g Fleisch, 50 g Speck, 100 g Paste oder Reis und 100 g trockene Bohnen, Linsen oder Erbsen oder 300 g Kartoffeln bzw. 180 g Paste mit 10 g Käse, 7 g Kaffee und 10 g Zucker, 128 g Eiweiß, 50 g Fett, 487 g Kohlehydrate = 2940 Kal. ergeben und damit die geringe Menge an Fett nahezu verdoppelt werden können. Msr.

(5) Frisch geschlagenes Fleisch in entsprechender Zubereitung (Kochen oder Dünsten in kleinen Stücken) ist genießbar, ja zumeist ebenso wohlschmeckend wie abgehangenes. Verdauungsbeschwerden werden dadurch nicht veranlaßt, die Verdaulichkeit ist eine gute.

(6) Bei einer Anzahl aus galvanisch schwach verzinntem Bleche gezogenen und außen lackierten Büchsen mit Fleischkonserven wurde Auftreibung gefunden bei völliger Sterilität der Konserve. Bei der ungenügenden Verzinnung des Büchsenmaterials hatten die in der Bouillon enthaltenen organischen Säuren auf das Eisen eingewirkt unter Bildung von Wasserstoff.

(8) Bei der englischen Armee wird eine Feldportion versucht, bestehend in 4 Fleischwürsten, die ohne Gewürz zubereitet sind und in einer Konservenbüchse aufbewahrt werden. Großheim.

(9) Eingehende Mitteilungen über Erfahrungen mit Konserven im Burenkriege und Angaben über Prüfung von Konserven.

(11) Die konzentrierte Fleischbrühe (Armeekonserve) begünstigt das Wachstum von Mikroorganismen, besonders Hyphomyzeten, aber auch

pathogener Keime, wenn sie nicht in absolut luftdichten Gefäßen aufbewahrt wird. Sicherheit gewährt nur der Verschluß in der Flamme und die fraktionierte Sterilisation. Msr.

(12) Experimente mit Tetrachlorkohlenstoff zur Erkennung der gesetzlich verbotenen Färbemittel käuflicher Pasten (Makaroni, Nudeln). Die gelben giftigen Farbstoffe waren Martius-, Metanile- und Vittoria-Gelb sowie Pikrinsäure. Msr.

E. Wasserversorgung.

1) Schmiedicke. Über Brunnenanlagen bei Truppenübungen. D. m. Z. 1906, Heft 2. — 2) Ballner. Methoden zur Sterilisation des Trinkwassers im Felde. W. m. W. 1906, Nr. 4. — 3) Musehold und Bischoff. Zur Sicherstellung der Trinkwasserversorgung im Felde. G. R. v. L. Bd. I. — 4) Hetsch. Über den heutigen Stand der Frage der Trinkwassersterilisation durch Chemikalien. Ebenda. — 5) Devine. Practical methods for the purification of drinking water. J. a m. s., Juli 1906, S. 38. — 6) Bactericidal action of Bromine and hydrochloricacid. J. a. m. s. Aug. 1906, S. 161. — 7) Mc Culloch. The field service filter water cart. J. M. C. VI., 4. — 8) Ross. A rapid means of sterilizing water for troops by using „Thermit" as fuel. J. M. C. VI., 2. — 9) Griffith. Heat as a means of purifying water. J. M C. VII., 3. — 10) Firth. The Griffith water sterilizer. J. M. C. VII., 3. — 11) Petit. Réfrigération de l'eau de boisson. Cad. 1906, Nr. 10. — 12) Belli, C. M. Lo zinco come materiale di rivestimento dei serbatoi per l'acqua potabile. An. m. n. 1906, I., 5. — 13) Sestini, L. Sull' alimentazione idrica del R. Arsenale di Spezia e sulla potabilità dell' acqua della Sprugola. An. m n. 1906, I., 4. - 14) Mazetti, L. Analisi batteriologica dell' acqua d'abbeveraggio dei cavalli. G. m. 1906, III., 3.

(1) Innerhalb 1½ Tage wurde während des Kaisermanövers 1905 bei der 8. Division die Pumpe zu einer Brunnenanlage, welche den Bedarf einer Division decken konnte, beschafft und von einem Pionierkommando niedergebracht. Die Anlage wird genauer beschrieben.

(2) Durch Zusatz von Chlorwasser (0,03 wirksames Chlor pro Liter) zu einem Liter mit 10 pCt. Colikultur infizierten Wassers kann vollständige Keimfreiheit erzielt werden. Für die Wasserversorgung im Felde empfiehlt sich die Benutzung von Kapseln, die flüssiges Chlor in der Menge 0,45 g auf etwa 15 l Wasser enthalten. Von Flyshacker (Paris) dargestellt.

(3) Kritische Besprechung der verschiedenen Methoden der Wasserreinigung und Würdigung der einzelnen Verfahren bzw. Apparate hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit für die verschiedenen Formationen. 19 Abbildungen veranschaulichen die Ausführungen.

(4) Ein chemisches Mittel, das große Bakterienmengen im Wasser sicher abtötet und auch sonst den an ein Trinkwasserdesinficiens zu stellenden Anforderungen vollauf genügt, kennen wir zur Zeit nicht. Allenfalls wäre hier das Ozon zu nennen. Für die Trinkwassersterilisierung im Felde kommt das Ozonisierungsverfahren vorläufig nicht in Betracht, weil es zu komplizierte und diffizile Apparate erfordert. Das unbedingt zuverlässigste Wassersterilisierungsmittel ist die Siedehitze.

(5) Kritische Besprechung der Verfahren zur Wasserreinigung durch Destillation, Filtration, chemische Desinfektion und Kochen.

(6) Nach Serpoffsky sollen im Wasser enthaltene Typhusbazillen durch Zusatz von 0,6 g Brom in 5 Minuten, Cholerabazillen in 15 Minuten abgetötet werden. Dasselbe wird erreicht durch Zusatz von 0,175 g Salzsäure zu 250 ccm Wasser in 30 Minuten. Zur Neutralisierung des Wassers genügt ein kleiner Zusatz von doppeltkohlensaurem Natron.
Großheim.

(7) Beschreibung eines Armee-Feldfilter-Wasserwagens mit 8 Brownlowschen Filterkerzen.

(8) R. macht unter Beifügung anschaulicher Zeichnungen einen zwar sehr hübsch ausgedachten, aber wohl kaum verwertbaren Vorschlag zur Konstruktion eines Wassersterilisators für Truppen. Zur praktischen Ausführung eines Apparates oder Modells ist es aus Mangel an Mitteln noch nicht gekommen. Ein zweirädriger Wasserwagen enthält zwei gleichgroße Bassins von je etwa 500 l Inhalt übereinander. Sie stehen am hinteren Ende durch eine Spiralröhre so in Verbindung, daß das aus dem oberen Bassin kommende Wasser während des Durchfließens der Spiralröhre in einem besonderen (für Feldzwecke etwas zerbrechlichen! Ref.) Apparat zum Kochen gebracht wird, und zwar mittels „Thermits". Dieses darf nicht feucht werden, sonst explodiert es leicht(!). Es würde daher am besten in Patronen aufzubewahren und durch den elektrischen Strom zur Entzündung zu bringen sein. Wie die Einrichtung ausgeführt werden könnte, ist in der Skizze veranschaulicht. Neuburger.

(9) (10) Auf Grund von Versuchen, die Griffith anstellte, und die ergaben, daß die gewöhnlich durch Wasser übertragenen pathogenen Keime bei einer Temperatur von 71° C in 15 Sekunden, bei 80° C momentan absterben, ist ein Wassersterilisationsapparat gebaut worden, in dem das Wasser auf 80° C erhitzt und dann abgekühlt wird. Der Apparat ist in zwei Kisten zu verpacken und wiegt mit diesen je 80 bzw. 84 Pfund. Das gewonnene Wasser ist 9° wärmer als das Rohwasser, die Ergiebigkeit ist 270 l stündlich.

(11) Der Soldat fordert von seinem Trinkwasser eine gewisse Frische und benutzt lieber ein suspektes frisches Wasser, als ein einwandfreies, welches nach dem Sterilisieren lauwarm zur Verwendung kommt. Verf. hat nur die Friedensverhältnisse im Auge und schlägt vor, unter den Kasernen tiefe, kühle Keller anzulegen, in denen das abgekochte Wasser bald eine Temperatur gewinnen würde, die es dem Manne angenehm macht. Ktg.

(12) Verf. kommt auf Grund experimenteller Untersuchungen über Zinkbekleidung in Wasserbehältern zu dem Schlusse, daß sie im Vergleich zur Zementbekleidung wesentliche Vorteile bietet, indem sie die Härte des Wassers wenig verändert und den Bakteriengehalt vermindert. Nachteilig ist die Bildung von suspendierten Salzen, die indes nach einiger Zeit vollständig aufhört. Msr.

(13) Verf. gibt eine ausführliche Darstellung der Wasserversorgung von Spezia, infolge deren er die Anlage von Röhrenbrunnen in entsprechender Entfernung von den Wasserbecken empfiehlt, da die in diese selbst eingetriebenen ein veränderliches, vom Regenfall abhängiges Wasser liefern. Msr.

(14) Wenn auch viele Fäulnisbakterien in dem Tränkwasser von den Pferden vertragen werden, ist doch eine Verunreinigung desselben durch Schutz vor ungeeigneten Zuflüssen zu verhindern, die am besten durch den Nachweis von abundantem Vorkommen von Proteus festgestellt wird.
Msr.

F. Seuchenbekämpfung.

1. Allgemeine Bakteriologie.

Siehe auch I, D, 2 und IV, 7.

1) v. Drigalski. Ein Schnellfilter für Agarlösungen. C. f. B. 1906, Bd. 41. — 2) Berghaus. Die Säuerung des Nährbodeus durch Bakterien und ihr Nachweis mittels Harnsäure. H. R. 1906, Nr. 11. — 3) Sachs-Müke. Sedimentierungsverfahren des Auswurfs mit Wasserstoffsuperoxyd. M. m. W. 1906, Nr. 34. — 4) Derselbe. Ein einfacher Apparat zur Wiederauffindung bestimmter Stellen in mikroskopischen Präparaten. M. m. W. 1906, Nr. 26. — 5) Kayser, H. Eine Fixierungsmethode für die Darstellung von Bakterienkapseln. C. f. B. 1906, Bd. 41. — 6) Belli, M. Influenza dei mezzi di coltura sulla formazione delle emolisine batteriche. An. m. n. 1906 II., 3. — 7) Stühlinger. Über einen Ersatz der lebenden Bakterienkulturen zur Beobachtung des Agglutinationsphänomens. Arb. K. G. A. 1906, Bd. 24, S. 54. — 8) Baumann, E. Beiträge zur Unterscheidung der Streptokokken. M. m. W. 1906, S. 1193. — 9) Kutscher, K. u. Meinicke. Vergleichende Untersuchungen über Paratyphus-, Enteritis- und Mäusetyphusbazillen und ihre immunisatorischen Beziehungen zueinander. Z. f. H. 1906, Bd. 52. — 10) Fornet, W. Die Präzipitinreaktion. Ein Beitrag zur Frühdiagnose bei Typhus und anderen Infektionskrankheiten. M. m. W. 1906, Nr. 38. — 11) Dieudonné. Fachausdrücke aus der neuen Immunitätslehre. M. m. W. 1906, S. 2352. — 12) Derselbe. Aktive Immunisierung gegen Infektionskrankheiten. M. m. W. 1906, S. 1049. — 13) Kleine u. Möllers. Über ererbte Immunität. Z. f. H. 1906, Bd. 55. — 14) Kayser, H. Über Vergleiche der Bildung von Antikörpern bei Menschen und Tieren. A. f. H. 1906, S. 75. — 15) Lewy u. Fornet. Über Filtrataggressine. D. m. W. 1906, S. 1039. — 16) Otto, R. Das Theobald Smithsche Phänomen der Serum-Überempfindlichkeit. G. R. v. L, Bd. 1. — 17) Uhlenhuth. Komplementablenkung und Bakterieneiweißdifferenzierung. D. m. W. 1906, S. 1244. — 18) Dieudonné. Steigerung der Agglutininbildung durch nicht spezifische Stoffe. M. Kl. 1906, S. 575.

2. Allgemeine Prophylaxe.

1) Werner. Der Gesundheitszustand der preußischen Armee in hygienischer Beleuchtung. D. m. W. 1906, Nr. 9. — 2) Bondesen, J. Bed ømmelsen af Revakcinationerne i Haeren. Mltl. 1906, 2. — 3) Fasquelle. Vaccine normale et vaccine modifiées dans les revaccinations. Cad. 1906, Nr. 17. — 4) Koch, Rob. Die Seuchenbekämpfung im Kriege. Nach R. K. 1906, Nr. 11. — 5) Barratt. The health of the soldier; with special reference to preventable diseases. J. M. C. VII., 2. — 6) Tatham. The limit of usefulness of infections hopitals. J. M. C. VI., 5. — 7) Takaki. The preservation of health amongst the personnel of the Japanese army. J. M. C. VII., 1. — 8) Böttcher. Die Choleragefahr für die Truppen im Bereiche des XVII. Armeekorps zur Zeit der Herbstübungen 1905 und die gegen die Gefahr getroffenen Maßregeln. D. m. Z. 1906, Heft 2. — 9) Peters. Die Tätigkeit der Cholera-Überwachungsstelle Küstrin in den Monaten September, Oktober, November 1905. M. m. W. 1906, Nr. 44. — 10) Waugh. Calx sulphurata as a preventive of yellow fever. J. a. m. s. Sept. 1906, S. 248.

(1) Die Sterblichkeitsziffer ist in der preußischen Armee von 14‰ K. in den zwanziger und dreißiger Jahren auf 2,1 ‰ K. in 1902/03 zurückgegangen, während in der gleichalterigen männlichen Zivilbevölkerung in der Zeit die Sterblichkeit von 10,5 bis 9,5 ‰ auf 5,2 ‰ im Jahre 1903 gesunken ist. In der Krankheitsgruppe I des Sanitätsberichtes (Infektions- und allgemeine Krankheiten) weisen der Krankenzugang eine Abnahme um 68 %, die Todesfälle um 76 % auf. W. geht auf die Maßnahmen ein, welche diese Besserung bewirkt haben, und schildert den Einfluß auf das Volkswohl. B.

(2) Die Erfolge der Impfung schwanken in so weiten Grenzen, und zwar in allen Ländern, daß man die Differenzen nur durch die verschiedenartige Beurteilung seitens der einzelnen Impfärzte erklären kann. Verf. weist darauf hin, daß der Erfolg der Impfung unter sehr verschiedenen Formen auftritt, von der voll entwickelten Pustel bis zu der eben noch fühlbaren Infiltration des Impfschnittes. Msr.

(3) Verf. untersuchte das Verhältnis der sogen. modifizierten Impfpusteln zur Immunität. Seine Ergebnisse sind folgende: Die normale Entwicklung der Pusteln läßt schließen, daß der Impfling keinerlei Immunität besitzt. Auf Verminderung derselben deutet die Entwicklung modifizierter Pusteln. Ihr Erscheinen gewährt dem Geimpften indessen wieder für eine Reihe von Jahren vollständigen Schutz. Da die modifizierten Pocken eine schnellere Entwicklung durchmachen, so empfiehlt es sich, bei Revakzinationen die Nachschau nicht über den 7. Tag zu verschieben. In den Statistiken sollen die modifizierten Impfblattern von den voll ausgebildeten getrennt geführt werden. Ktg.

(4) Der Vortrag erwähnt kurz die Seuchenverluste in früheren Kriegen und geht dann auf die Prophylaxe der Armeen gegen Pocken, Fleckfieber, Rekurrens, Pest, Cholera, Typhus und Ruhr kurz ein. Die Forderung, bakteriologisch ausgebildete Militärärzte in großer Zahl bereitzustellen, ist in der Ausführung vorgeschritten. Der russisch-japanische Krieg hat gezeigt, wieviel solche Ärzte leisten können, um durch die Prüfung der Quartiere, Boden- und Wasserverhältnisse, Beseitigung der Abfälle usw. dem Auftreten von Kriegsseuchen vorzubeugen. Ktg.

(5) Vortrag über die Gesundheitspflege des Soldaten speziell unter den Verhältnissen Indiens mit Angabe kurzgefaßter Hauptsätze, die sich in Form einer gedruckten Belehrung in den Mannschaftsstuben aufhängen lassen: persönliche Sauberkeit, Schutz vor Erkältung und Sonnen-Einwirkung, Vorsicht im Genuß von Wasser, unreifem Obst, sofortige Waschung nach geschlechtlichem Verkehr usw. In letzterer Beziehung wird erwähnt, daß durch die Einrichtung besonderer Waschräume in den Kasernen bereits eine Einschränkung der venerischen Krankheiten erreicht ist. Neuburger.

(7) Vortrag des früheren Generalstabsarztes der japanischen Flotte Baron Takaki im St. Thomas-Hospital. Mai 1906.

Die Beri-Beri-Erkrankung, die vorwiegend mangelnder stickstoffhaltiger Nahrung und besonders einseitiger Reisernährung ihre Entstehung verdankt und früher die japanische Armee dezimierte, ist während des russisch-japanischen Krieges mit Glück durch diätetische Maßnahmen (mehr Fleisch und Gerste statt Reis) bekämpft worden. Gegen den japanisch-chinesischen Krieg große Fortschritte in hygienischer Beziehung. Cholera fast ganz verschwunden. Typhus 9,26 ‰ (gegen 37,14 im chinesischen Kriege),

Ruhr 10,52 ‰ gegen 108,96 ‰ (Todesfälle 2,68 ‰ statt 15,72 ‰), Malaria 1,96 ‰ gegen 102,58 ‰.

Die Japaner gebrauchten prophylaktisch Kreosotpillen; jeder Mann täglich eine Pille. Wasser-Vorratswagen mit 4 Pferden und Wasser-Kochwagen mit 1 Pferd wurden mitgeführt, Stationen angelegt, wo abgekochtes Wasser verabfolgt wurde. Desinfektionsapparate wurden ebenfalls mitgeführt und die Kleider, wenn irgend ratsam, desinfiziert.

Neuburger.

(9) Schildert die Gefahr, welche 1905 während der Herbstübungen bestand, die allgemeinen prophylaktischen Maßnahmen und die speziellen Vorkehrungen. B.

(10) Verf. teilt mit, daß die Bewohner von Alaska während der Moskitozeit vor dem Ausgehen die Haut mit Calx sulphurata einreiben und dadurch gegen Moskitobisse geschützt werden. Er empfiehlt dies Verfahren zur Nachahmung, redet aber noch mehr der innerlichen Verabreichung dieses Mittels in kleinen Dosen von $^1/_6$ bis $^1/_3$ g alle halbe Stunde bis zur Sättigung des Körpers mit Schwefel das Wort, da der charakteristische Geruch die Moskitos, Wanzen, Flöhe usw. vom Körper fernhält. Das Präparat muß den Vorschriften der Pharmakopoe der Vereinigten Staaten entsprechen. Großheim.

3. Desinfektion.

1) Hoffmann, W. Über den Eindruck hohen Kohlensäuredruckes auf Bakterien im Wasser und in der Milch. A. f. H. 1906, Bd. 57. — 2) Christian. Untersuchungen über die desinfizierende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds in statu nascendi. H. R. 1906, Nr. 8. — 3) Fibiger, J. Om Desinfektion med Formaldehyd saerlig af Uniformer. Mltl. 1903, 3. — 4) La désinfection par la Formaldéhyde dans l'armée française. A. m. B. 1906, Bd. 27, S. 279. — 5) Mc Naught. On the action of cold or lukewarm tea on bacillus typhosus. J. m. C. VII, 4.

(3) Verf. kommt auf Grund einer Reihe von Versuchen zu dem Schluß, daß die Formaldehyd-Desinfektion, besonders der Uniformen, vorherige gründliche Reinigung durch Abbürsten mit desinfizierender Flüssigkeit erfordert. Msr.

(4) Durch Verfügung des Kriegsministeriums vom 26. 2. 1905 ist in der französischen Armee die Desinfektion durch einen 5 pCt. Formalinspray für alle die Gegenstände angeordnet, deren Stoff und Farbe die Hitze nicht vertragen. Die Verfügung bringt genaue Bestimmungen über die Apparate, die Unterweisung der zu ihrer Bedienung bestimmten Mannschaften und die Ausführung. Die Lokale, in denen die Zerstäubung stattgefunden hat, bleiben 24 Stunden geschlossen, um die Nachwirkung des Mittels auszunutzen. Ktg.

(5) Nach 4 Stunden waren Typhusbazillen in kaltem Tee an Zahl sehr vermindert, nach 20 Stunden nicht mehr nachzuweisen.

Mc. N. weist auf die Bedeutung dieses Befundes für die Füllung der Trinkflaschen der Mannschaften hin. Selbst genügend sterilisiertes Wasser kann noch nachträglich infiziert werden. Trinkflaschen, die einmal mit infiziertem Wasser gefüllt waren, können die Infektionskeime längere Zeit festhalten. Bei Füllung der Trinkflaschen mit Tee würde die Infektionsgefahr bezüglich des Typhusbazillus schon nach wenigen Stunden erlöschen. Neuburger.

III. Militär-Krankendienst.

A. Allgemeines.

1. Ausstattung der Lazarette und Revierkrankenstuben. Krankenfürsorge.

Siehe auch IV, 7.

1) Garnisonlazarett-Neubau zu Güstrow. D. m. Z. 1907, S. 39. — 2) Ausstattung der Operationssäle der Lazarette mit kleinen nur einmal zu benutzenden Handtüchern. D. m. Z. 1906, A. B. Nr. 12. — 3) Ausstattung der Untersuchungszimmer bei den Revierkrankenstuben mit Waschvorrichtungen, die an die Wasserleitung angeschlossen sind. D. m. Z. 1907, S. 39. — 4) Hustin. Quelques notes sur les hôpitaux de Philadelphia. J. m. B. 1906, Nr. 32. — 5) Ask. Über den Sanitätsdienst bei den kleinen Militärlazaretten. T. M. H. 1906, Heft 1. — 6) K. Handfertigkeitsstunden im Garnisonlazarett. R. K. 1906, Nr. 15. — 7) Freeman. Occupation for soldiers in hospital. J. M. C. VI, 3. — 8) Keil, M. G. Über den Wert und die Anwendung des Leukoplast im Revierkrankendienst der Truppe und in der allgemeinen ambulatorischen Kassenpraxis. M. Kl. 1906, Nr. 49. Bespr, D. m. Z. 1907, S. 810.

(4) Die Hospitäler zeichnen sich durch besonderen Reichtum der Einrichtung aus; für die Behaglichkeit des Kranken ist unter Aufwendung reicher Mittel gesorgt. Mit dem Hospital ist eine zweckmäßige Poliklinik verbunden. Besonders haben dem Verf. die Schwestern (Nurses) gefallen. Es sind Damen von ausgezeichneten Manieren, hervorragenden Kenntnissen, von Geduld und Energie. Ihre Ausbildung geschieht in Pflegerinnenschulen, die mit den Hospitälern verbunden sind. Der Kursus ist dreijährig, ½ Jahr Probe kommt auf den Unterricht in Anrechnung. Letzterer erstreckt sich wesentlich weiter, als bei uns. U. a. wird die Geburtshilfe und der Hebammendienst sehr ausführlich gelehrt. Ktg.

(5) Während des Jahres 1905 waren an mehreren der Krankenhäuser auf den Lagerplätzen Krankenwärterinnen angestellt worden. Diese Maßnahme ist von großem Nutzen sowohl für die Ausbildung der Sanitätsmannschaften als auch für die direkte Pflege der Kranken.

C. C. Ekeroth.

(6) Gen. Ob. A. Düms in Leipzig hat den Genesenden Unterricht in Papparbeiten, Holzschnitzereien, Schreinerarbeiten usw. erteilen lassen. Die Beteiligung ist freiwillig, der ordinierende Arzt muß aber seine Genehmigung geben. Es werden Sachen hergestellt, die die Kranken selbst gebrauchen können und behalten dürfen. Das Arbeitsgerät kostete 87 ℳ, die Aufwendung für Material ist gering. Düms verfolgt mit seiner Idee die Ziele jeder Beschäftigungstherapie. Außerdem wird die Langeweile gebannt, das Grübeln über den eigenen Zustand und die suggestive gegenseitige Beeinflussung wird verhindert, die Herstellung der Dienstfähigkeit gefördert.

Die Sache hat Bedeutung für Militärlazarette und Genesungsheime.

Ktg.

(7) In verschiedenen Militärlazaretten Englands hat man ausgedehnten Gebrauch von der Beschäftigung der Patienten im Lazarette mit Luxus-

arbeiten gemacht. So u. a. auf Lord Methuens Anregung in Colchester. Als zweckmäßigste Beschäftigungen erschienen die Anfertigung von Decken, Netzen, Körben sowie Stricken. Am beliebtesten war die erst-erwähnte Tätigkeit. Die Decken wurden leicht verkauft. Die Arbeit läßt sich auch im Bett ausführen. Die fertiggestellten Decken verbleiben entweder dem betreffenden Patienten gegen Zahlung des Preises des Materials (3,75 ℳ), oder der Mann bekommt 1 ℳ Arbeitslohn und die Decke wird verkauft. Ähnlich wird mit den Netzen, gestrickten Socken usw. verfahren. Neuburger.

2. Röntgenologie.

a. Allgemeines.

1) Colmers. Kriegschirurgische Bedeutung des Röntgenverfahrens und die Art seiner Verwendung im Kriege. M. m. W. Nr. 14. — 2) Gillet. Die Röntgenstereoskopie mit unbewaffnetem Auge und ihre Anwendung für die stereometrische Messung. Röntg. F. S. 108. — 3) Drüner. Über die Stereoskopie und stereoskopische Messung in der Röntgentechnik. Röntg. F. S. 309. — 4) Drüner. Über die Methoden der Vereinigung großer stereoskopischer Röntgenogramme. G. R. v. L. Bd. I. — 5) Stechow. Über Röntgenaufnahmen der Brustorgane, besonders des Herzens. G. R. v. L. Bd. I. — 6) Gillet. Über Fehlerquellen bei der Orthodiagraphie. Röntg. F. S. 379. Bespr. D. m. Z. S. 649. — 7) Gillet. Ein Orthoröntgenograph einfacher Konstruktion. Röntg. F. S. 108. — 8) Graeßner. Die Röntgenlehre. M. V. S. 432. — 9) Nieddu. Emploi des rayons de Roentgen en campagne et apparails radiographiques de campagne. Nach dem G. m., A. m. B. 1906, Bd. 28, S. 137. — 10) Loison. De l'emploi des rayons de Roentgen en chirurgie de guerre. B. off. u. f. m.rés. 1906, Nr. 2 u. 3. — 11) Hall Hartung. The X-ray in military surgery. J. a. m. s. Aug. 1906, S. 181. — 12) Roentgen rays in military surgery. J. a. m. s. Juli 1906, S. 50.

(1) Nach Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege ist der R. Apparat in der Nähe des Hauptverbandplatzes zwecklos, dagegen in jedem Kriegslazarett dringend erforderlich. Der Motor, der dem R. Apparat den Strom verleiht, kann praktischerweise auf einem Kraftwagen Platz finden, der durch einfache Umschaltung die Dynamomaschine treibt. Graeßner.

(9) Der erste Teil der Arbeit bespricht die Anwendung der Röntgenstrahlen zu diagnostischen Zwecken bei Knochenverletzungen, ferner, wenn Geschosse steckengeblieben sind, und bei Aneurysmen, die gut sichtbar werden. Von den fahrbaren Apparaten haben sich die mit Akkumulatoren arbeitenden nicht bewährt; es kommen für das Feld nur solche in Betracht, deren ununterbrochene Funktion durch einen eigenen Dynamo gesichert ist, zu dessen Antrieb ein Benzin- oder Spiritusmotor dient. Ktg.

(10) Zusammenfassender Vortrag für die Ärzte des Beurlaubtenstandes. Verf. fordert Röntgenapparate nur für die Lazarette, nicht für die Ambulanzen. Im Etappengebiet werden fahrbare Apparate dem Etappengeneralarzt unterstellt, der sie nach Bedarf den etablierten Lazaretten zuweist. Der Apparat wird vorteilhaft auf einem Automobil montiert, aber so, daß er auch herabgenommen werden kann. Der

Dynamo bleibt auf dem Wagen und wird durch Leitungsschnüre mit dem im Innern des Lazaretts aufgestellten Apparat verbunden. Wenn dieser nicht gebraucht wird, könnte das Automobil zur Heranführung Verwundeter benutzt werden, die mit R-Strahlen untersucht werden sollen. Der weitere Teil des Vortrages beschäftigt sich mit dem Technischen und bringt nichts Neues. Ktg.

(11) u. (12) In beiden Artikeln wird auf die Wichtigkeit der Röntgenapparate für die Militärchirurgie hingewiesen und die Ausstattung der größeren Lazarette damit verlangt, die übrigens schon vielfach in der Armee der Vereinigten Staaten erfolgt ist. Für Feldlazarette hält H. sie nicht für praktisch. Großheim.

b. Diagnostik.

1) Guttmann. Über die Bestimmung der sogenannten wahren Herzgröße mit Röntgenstrahlen. D. m. Z. S. 327. — 2) Derselbe. Über die Bestimmung der wahren Herzgröße mittels Röntgenstrahlen. Z. k. M. Bd. 58, Heft 5 u. 6. — 3) Schieffer. Über den Wert der Orthodiagraphie als diagnostisches Hilfsmittel mit besonderer Berücksichtigung der Herzuntersuchung des Soldaten. D. m. Z. S. 589. — 4) Gillet. Über die Verschiedenheit der Resultate der Orthodiagraphie und der Perkussion des Herzens. Röntg. F. S. 378. Bespr. D. m. Z. S. 649. — 5) Derselbe. Eine Modifikation des stereoskopischen Verfahrens zur Bestimmung der Lage von Fremdkörpern. Röntg. F. S. 376. Bespr. D. m. Z. S. 649. — 6) Rumpel. Über die Lagebestimmung von Fremdkörpern mittels Röntgenverfahrens. D. m. Z. S. 685. — 7) Lessing. Zur radiologischen Magendiagnostik. Veröffentl. a. d. Geb. des Milit. San. Wesens. Heft 35, S. 343. — 8) Graeßner. Nachweis von Wirbelfrakturen im Röntgenbilde. Verh. d. Deutsch. Röntg. Ges. S. 49.

c. Behandlung.

1) Helm. Röntgenstrahlentherapie. D. m. Z. S. 511. — 2) Evler. Über die heilende Wirkung der Röntgenstrahlen bei abgegrenzten Eiterungen. Veröffentl. a. d. Geb. des Milit. San. Wesens. Heft 35, S. 136. Graeßner.

3. Physikalische Therapie.

1) Uhlich. Temperaturmessung in elektrischen Lichtbädern. B. kl. W. 1906. — 2) Derselbe. Vergleichende Messungen der physiologischen Wirkung des gewöhnlichen und des Wulffschen Glühlichtbades. Z. f. D. u. ph. Th. Bd. X, Heft 3. — 3) Derselbe. Hydrotherapeutisches für die allgemeine Praxis. D. m. Z. 1906, Heft 11. — 4) Derselbe. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß hydrotherapeutischer Maßnahmen auf die Leistungsfähigkeit der gestreiften Muskulatur. Z. f. exp. P. u. Th. Bd. 3. Krebs.

B. Armeekrankheiten.

Vgl. auch VI, 2.

1. Innere Krankheiten.

a. Vergiftungen und andere Allgemeinerkrankungen.

1) Miranda, G. Avvelenamento da balistite o ab ingestis? An. m. n. 1906 I, 5. — 2) del Vecchio, E. Ematemesi ricorrente neuropatica.

An. m. n. 1906 I, 2. — 3) Freund. Rekrutenkrankheiten. M. A. 1906, Nr. 3 u. 4.

(1) Verf. berichtet über eine Reihe von Erkrankungen, von denen Kanoniere befallen wurden, die Ballistit (Schießbaumwolle und Nitroglyzerin āā) zu verarbeiten hatten und mit Kopfschmerz, Speichelfluß, Magenkrampf, Durchfall, kaltem Schweiß, Frost, Beklemmung, Sehstörung, Herzschwäche bis zu drohender Paralyse und interkurrenten Ohnmachten erkrankten. Bei kritischer Erörterung der bisherigen Erfahrungen war eine Vergiftung durch Ballistit auszuschließen. Die Untersuchung führte schließlich auf den Genuß von verdorbenem Käse. Msr.

(2) Verf. berichtet von einem Falle neuropathischer rekurrierender Hämatemesis, deren Ursprung er nicht im Munde und nicht im Magen, sondern im Oesophagus in der Gegend der Cardia sucht, wo sie durch cardiakalische Impulse bei nervösen Personen mit hämophiler Anlage und zwar nicht mit Emesis, sondern mit Singultus ausgelöst wird. Msr.

(3) Freund macht auf zwei wiederholt bei Rekruten beobachtete Krankheitsbilder aufmerksam.

1. Die Rekruten erkranken plötzlich unter Erscheinungen einer schweren Pneumonie als: Schüttelfrost, tympanitischer Beiklang über einer Lunge, Giemen, Pfeifen und Rasselgeräusche über beiden Lungen, Blutpunkte und Blutfäden im schaumigen, schleimig-eitrigen, aber keine rostbraune Farbe zeigenden Sputum. Dieses Bild schwindet jedoch schon nach ganz kurzer Zeit (48 Stunden). Freund hält dies nicht wie andere Beobachter für eine Pneumonie im Stadium der Anschoppung, die sich infolge der Widerstandskraft des jugendlichen Organismus bald zurückbildet, sondern glaubt, daß es sich nur um Stauungserscheinungen im kleinen Kreislauf handelt, herbeigeführt durch die nach starken Lungenanstrengungen entstehende Hyperämie und konsekutive Durchfeuchtung des Lungengewebes bei gleichzeitiger relativer Schwäche des Herzens. Gegen die beginnende kruppöse Pneumonie spricht auch das Fehlen des rostfarbenen Auswurfes und der Fränkel-Weichselbaumschen Kokken.

2. Nach größeren körperlichen Anstrengungen erkranken nicht selten Rekruten mit Fieber, allgemeiner Mattigkeit und starken Muskelschmerzen. Objektiv ist sonst nichts Pathologisches nachweisbar. Nach 1 bis 2 Tagen ist die Erkrankung vorüber. Freund erklärt diese Erscheinung für eine Autointoxikation, hervorgerufen durch Resorption von Toxinen, die durch übermäßige Muskelarbeit erzeugt worden sind. Joh. Steiner.

b. Infektionskrankheiten.

Typhus und Paratyphus.

1) Bock. Zur Typhusdiagnose. A. K. G. Bd. 24, 1906, S. 227. — 2) Derselbe. Untersuchungen über Bakterien aus der Paratyphusgruppe. Ebenda S. 238. — 3) Kayser, H. Über die einfache Gallenröhre als Anreicherungsmittel und die Bakteriologie des Blutes bei Typhus sowie Paratyphus. M. m. W. 1906, Nr. 7. — 4) Derselbe. Weiteres über die Verwendung der Typhusgalleröhre zur Blutkultur. M. m. W. 1906, Nr. 40. — 5) Fornet. Ein Beitrag zur Züchtung von Tphusbazillen aus dem Blute. M. m. W. 1906, Nr. 22. — 6) Nieter. Über den Nachweis von Typhusbazillen im Trinkwasser durch Fällung mit Eisenchlorid. H. R. 1906, Nr. 24. — 7) Ditthorn und Gildemeister. Eine An-

reicherungsmethode für den Nachweis von Typhusbazillen im Trinkwasser bei der chemischen Fällung mit Eisenoxychlorid. H. R. 1906, Nr. 24. — 8) v. Drigalski. Über ein Verfahren zur Züchtung von Typhusbazillen aus Wasser und ihren Nachweis im Brunnenwasser. A. K. G. 1906, Bd. 24, S. 68. — 9) Hammerschmidt. Ein Beitrag zur Typhusdiagnose aus Fäces. C. f. B. 1906, Bd. 40. — 10) Klinger. Über neuere Methoden zum Nachweis des Typhusbazillus in den Darmentleerungen. A. K. G. 1906, Bd. 24, S. 35. — 11) Kayser, H. Bakteriologischer Befund bei einem weiteren Fall von Paratyphus des Brion-Kayserschen Typus A. C. f. B. 1906, Bd. 40. — 12) v. Drigalski. Typhusbekämpfung. Referat gehalten auf der 30. Versammlung des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Mannheim, September 1905. V. f. ö. G. 1906, Bd. 38. — 13) Klinger. Über Typhusbazillenträger. A. K. G. 1906, Bd. 24, S. 91. — 14) Nieter und Liefmann. Über bemerkenswerte Befunde bei Untersuchungen über das Vorhandensein von Typhusbazillenträgern in einer Irrenanstalt. M. m. W. 1906, S. 1611. — 15) Kayser. Über die Gefährlichkeit von Typhusbazillenträgern. A. K. A. 1906, Bd. 24, S. 176. — 16) Derselbe. Milch und Typhusbazillenträger. A. K. A. 1906, Bd. 24, S. 173. — 17) Kutscher, K. Typhus, Wasser und Nahrungsmitttel. B. kl. W. 1906, S. 456. — 18) Pfuhl, E. Beiträge zur Kenntnis der Übertragung des Typhus durch Nahrungsmittel. G. R. v. L., Bd. I. — 19) Lewy und Fornet. Nahrungsmittelvergiftung und Paratyphus. C. f. B. 1906, Bd. 42. — 20) Jürgens. Die Bekämpfung des Typhus und der Ruhr. G. R. v. L., Bd. I. — 21) Harrison. A rapid and practical method of diagnosing typhoid fever. J. M. C. VII, 2. — 22) Hetsch. Schutzimpfung bei Typhus. D. m. Z. 1906, S. 42. — 23) Jacobson, L. Prophylaktische Typhusschutzimpfungen auf dem Kriegsschauplatze. Russk. Wratsch 1905, Nr. 52 — bespr. D. m. W. 1906, Nr. 7. — 24) Bischoff. Typhusimmunisierungsverfahren nach Brieger. Z. f. H. LIV, H. 2. — 25) Birt. On the treatment of enteric fever with typhoid vaccine. J. M. C. VII, 3. — 26) Harrison. Memorandum regarding antityphoid inoculation. J. M. C. VII, 1. — 27) Ward. Some notes on the results of anti-enteric inoculation. J. M. C. VI, 4 — 28) Fischer, J. Zur Prophylaxe von Typhusepidemien nach Manövern. W. m. Pr. 1906, Nr. 50. — 29) Seige und Gundlach. Die Typhusepidemie in W. im Herbst 1903. A. K. G. 1906, Bd. 24, S. 68. — 30) Matthes und Neumann. Eine Trinkwasserepidemie in S. A. K. G. 1906, Bd. 24, S. 116. — 31) Robitschek. Die Typhusepidemie in der Garnison Nagyszeben (Hermannstadt) und Pyramidonbehandlung. W. m. Pr. 1906, Nr. 18 u. 27. — 32) Ferenczy. Die Typhusepidemie im Südafrikanischen Kriege 1899—1901, deren Ätiologie und die Präventivimpfungen dagegen. W. m. Pr. 1906, Nr. 44 u. 50. — 33) Wardrop. Latrine infection in the enteric fever of India. J. M. C. VI, 6. — 34) Faichnie, N. Enteric fever a water-borne disease. J. M. C. VI, 5. — 35) Hauenschild. Inkubationszeit des Abdominaltyphus. D. m. Z. 1906, S. 609. — 36) G. La sérothérapie de la fièvre typhoide. Cad. 1906, Nr. 6. — 37) Forman and Selby. On the symptomatic treatment of enteric fever. J. M. C. VII, 5. — 38) Widenmann. Pyramidonbehandlung des Unterleibstyphus. M. Kl. 1906, Nr. 31—34. — 39) Antony und Dopter. Mort subite par hémorrhagie cérébrale. Lésions vasculaires athéromateuses consécutives à une fièvre typhoide. A. M. et Ph. m. Bd. 46.

(18) Mitteilung mehrerer Kasernenepidemien, bei denen mit mehr oder weniger Bestimmtheit Nahrungsmittel als Träger der Typhuskeime angesprochen werden konnten.

(23) Prüfung der nach der nach Brieger vorgenommenen Immunisierung gegen Typhus im Blute auftretenden Schutzstoffe. Kritik des Wertes von Schutzimpfungen zu Kriegszeiten. B.

(26) Bei der Epidemie in Meerut unter der Mannschaft der 17. Lancers wurden mit gutem Erfolge Typhusschutzimpfungen mit einem neuen Präparat gemacht. Dosis: 1 und 2 ccm enthaltend 500 bzw. 1000 Millionen Bakterien. Die zweite Dosis ist unbedingt notwendig und ist nach einem Zwischenraum von 10 Tagen zu verabfolgen. Der einzige unter den Geimpften vorgekommene Erkrankungsfall hatte die zweite Dosis verweigert. Sieben Stunden nach der Einspritzung Temperaturanstieg und mäßige Allgemeinstörungen. Nach etwa 30 Stunden sind ungefähr alle Erscheinungen geschwunden, abgesehen von etwas lokaler Druckempfindlichkeit an der Injektionsstelle. Wiederholungen der Impfung alle zwei Jahre werden vorläufig für notwendig gehalten. Die Vaccina hält sich ein Jahr. Zusatz eines Antiseptikums ermöglicht es sie so lange aufzubewahren auch nachdem ein Teil des Inhalts der Flasche verbraucht ist. Die Roux'sche 5 ccm enthaltende Spritze scheint die beste. — Die Impfung ist eine freiwillige. Es finden Belehrungen der Mannschaften über die Schutzimpfung statt. Der Zudrang zu den Impfungen richtet sich naturgemäß ganz nach der Art wie den Leuten die Sache dargestellt wurde, d. h. er beläuft sich auf 0 bis 50 und mehr Prozent. Neuburger.

(27) Mitteilungen über Erfahrungen mit der Immunisierung gegen Typhus bei einem Husaren-Regiment in Südafrika. Geimpft wurde 1901 mit Wrights Vaccin, ein Schutz war bei den zweimal Geimpften anscheinend noch 1906 nachweisbar. Neuburger.

(28) In erster Linie hätten die Zivilstaatsbehörden für eine einwandfreie Wasserversorgung auf dem flachen Lande zu sorgen. Für die Anlage von Brunnen wären hygienische Bedingungen durch ein Gesetz festzustellen. Offene und Kesselbrunnen müßten überhaupt verschwinden.

Vor allen größeren Manövern wären durch Amts- und Militärärzte die Brunnen und sonstigen Wasserspender des betreffenden Gebietes zu besichtigen; das Wasser verdächtiger Brunnen müßte untersucht und je nach Ausfall des Befundes entsprechende Verfügung getroffen werden. Dazu hätte noch eine Belehrung der Soldaten über die Möglichkeit der Typhusinfektion und strenge Überwachung zu treten. Die Marketender wären zur Mitnahme von billigen Sodawässern u. dgl. anzuhalten.

Joh. Steiner.

(31) Mitte Oktober 1905 trat plötzlich sowohl in der Zivilbevölkerung als auch in der Garnison von Hermannstadt eine heftige Typhusepidemie auf, die bis Ende Dezember 1905 543 Fälle umfaßte, darunter 110 beim Militär. Als Ursache ist mit größter Wahrscheinlichkeit eine Infektion der nicht ganz einwandfreien städtischen Wasserleitung (Untergrundwasser) anzunehmen. Für die Ausbreitung der Epidemie kommt der Mangel einer Kanalisation in Betracht.

Von den 110 erkrankten Militärpersonen starben 7, d. i. 63‰, im Zivile starben von 433 Kranken 40, d. i. 92‰. Die Epidemie zeichnete sich durch zahlreiche Komplikationen und häufige Rezidive aus.

Da das kleine Garnisonspital für einen so großen und plötzlich eintretenden Stand an Infektionskranken nicht berechnet ist, stieß die Durch-

führung der Bädertherapie auf Schwierigkeiten, weshalb man sich zur Laktophenin- und zur Pyramidonbehandlung entschloß. Pyramidon wurde neben leichten hydriatischen Prozeduren in 76 Fällen verabreicht. Im allgemeinen war die Wirkung zufriedenstellend, nur mußte bei jedem Individuum die Häufigkeit und Größe der Einzeldosis erst erprobt werden.
Joh. Steiner.

(32) Die ersten Typhuserkrankungen kamen bei der englischen Gardebrigade am Modder River vor. Die Soldaten tranken hier trotz aller Verbote rohes Flußwasser, obwohl in mehreren flußaufwärts gelegenen Orten Typhus endemisch herrschte. In Paardeberg, wohin die Truppen sodann gelangten, bestanden ähnliche Trinkwasserverhältnisse. In Bloemfontein kam es endlich zum explosionsartigen Auftreten der Epidemie. Außer dem Trinkwasser mögen indes auch der aufgewirbelte Staub und die Fliegen durch Übertragung der Krankheitskeime auf Nahrungsmittel an der Verbreitung des Typhus mitschuldig gewesen sein. Endlich war unter den Verhältnissen des Kriegslebens eine Kontaktinfektion gewiß nicht auszuschließen.

Die Typhusfälle waren charakterisiert durch plötzliches hohes Fieber, starke Kopfschmerzen, ausgebreiteten Hautausschlag, sehr häufige Thrombosen (in 25 pCt. der Fälle) und chronische Kolitis. Die Mortalität war aber relativ niedrig.

Behufs Bekämpfung der Epidemie schritt man an die Verbesserung der Trinkwasserversorgung (Rammbrunnen) und eine sorgfältige Beseitigung der Abfallstoffe; der Desinfektion des Urins wurde allerdings immer noch zu wenig Aufmerksamkeit zugewendet. Weiters wurden Präventivimpfungen nach der Methode von Wright vorgenommen. Diese Impfungen beeinflußten zwar nicht die Morbidität, wohl aber die Mortalität in günstigem Sinne; letztere betrug bei den Geimpften 7 pCt., bei den Nichtgeimpften hingegen 14 pCt. Joh. Steiner.

(33) In Indien sind wiederholt Typhusepidemien vorgekommen, deren Ursprung bzw. Verbreitung auf infizierte Latrinen zurückzuführen war. Verf. berichtet ausführlicher über eine solche in Rawal Pindi. Ein anfänglich nicht richtig erkannter, sehr leichter Fall, der noch tagelang im Lager blieb, bevor er ins Lazarett aufgenommen wurde, hatte die Latrine infiziert. Es erkrankten nach und nach verschiedene Leute derselben Abteilung, dann aber auch Leute von anderen Truppenteilen, die nur die betreffende Latrine gemeinsam hatten. Neuburger.

(34) Für die Verbreitung des Typhus komme in Indien vorwiegend das Wasser in Betracht, daneben spielten Kontaktinfektionen, besonders beim Pflegepersonal eine gewisse Rolle, doch beläuft sich die Zahl der Kontaktinfektion in der englischen Armee auf nur 1 : 50 000. Die Versorgung der Truppe mit reinem Wasser sei daher die wichtigste Maßnahme, wobei nicht zu vergessen ist, daß die Trinkflaschen sterilisierbar sein müssen. Neuburger.

(36) Chantemesse behandelte seit fünf Jahren mit seinem Serum 712 Typhöse mit einer Sterblichkeit von 3,7 pCt. In den Hospitälern mit der gewöhnlichen Behandlung betrug die Sterblichkeit in derselben Zeit 17,3 pCt. Ähnlich waren die Erfolge der Serumbehandlung an andern Orten, wo man damit Versuche anstellte. Das Kriegsministerium hat nunmehr in der Armee dasselbe angeordnet. Die Dosis beträgt in der Regel nur eine Injektion von 1 ccm auf 40 kg Körpergewicht. Die Reaktion dauert gewöhnlich bis zu 5 Tagen; sie zeigt Zunahme der Milzschwellung

und Überladung des Blutes mit Leukozyten; das Fieber steigt um etliche Zehntel. Plötzlich setzt dann die Entfieberung ein; um so prompter, je früher der Kranke in die Behandlung trat. In sehr schweren Fällen kann eine zweite Einspritzung von halber Stärke nötig werden. Komplikationen waren selten. Unter den Genesenen befinden sich alle, bei denen das Mittel in der ersten Krankheitswoche zur Verwendung kam. Ktg.

(37) Zur Bekämfung von Blutungen wird Adrenalin empfohlen. Das Fieber soll durch kühle Bäder herabgedrückt werden, als Schlafmittel bewährte sich am besten Trional. Neuburger.

(39) Ein 22jähriger Soldat (kein Alkohol, keine Lues) starb plötzlich am Schlaganfall. 2 Jahre vor seiner Einstellung hatte er schwer an Typhus gelitten. Einige Tage vor dem Unfall war er schläfrig, klagte über Kopfschmerzen. Sektion: Bluterguß im rechten Ventrikel, weitgreifende Zertrümmerung der Hirnteile. Eine stark verkalkte Arteria corp. striati war gerissen. Auch sonst fand sich als Folge des überstandenen Typhus Arteriosklerose an Arterien des Gehirns und Herzens. Geißler.

Meningitis cerebrospinalis.

1) Hasslauer. Der Bakteriengehalt der Nase bei den Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Meningitis cerebrospinalis epidemica. C. f. B. 1906, Bd. 41. — 2) Kutscher, K. Über Untersuchungen der Nasen-Rachenhöhle gesunder Menschen auf Meningokokken. D. m. W. 1906, S. 1071. — 3) Derselbe. Ein Beitrag zur Agglutination der Meningokokken. D. m. W. 1906, S. 1849. — 4) Derselbe. Ätiologie und Epidemiologie der übertragbaren Gehirnhautentzündung (Genickstarre). B. kl. W. 1906, S. 1344. — 5) Dieudonné. Beitrag zur Ätiologie der Genickstarre. C. f. B. 1906, Bd. 41. — 6) Dieudonné, Wöscher u. Würdinger. Die Genickstarreepidemie beim 1. Trainbataillon München. Januar/Februar 1906. M. m. W. 1906, S. 1715. — 7) Velde. Erkrankungen an Genickstarre im Regiment Elisabeth. D. m. Z. 1906, S. 434. — 8) Westenhoeffer, M. Pathologisch-anatomische Ergebnisse der Oberschlesischen Genickstarreepidemie von 1905. Kl. J. 1906, Bd. 15. — 9) Derselbe. Über perihypophyseale Eiterung und einige andere bemerkenswerte Befunde bei Genickstarre. D. m. W. 1906, Nr. 5. — 10) Derselbe. Die epidemische Genickstarre mit Demonstrationen makroskopischer und mikroskopischer Präparate. Vortrag gehalten auf der Berliner militärärztl. Gesellschaft 21. 5. 1906. D. m. Z. 1906, S. 7.

(6) Bei einer im Februar 1906 beim bayerischen 1. Trainbataillon aufgetretenen Genickstarreepidemie (6 Fälle, davon einer tödlich) wurde in jedem Fall als Erreger der Weichselbaumsche Meningokokkus gezüchtet. Die isolierten Kokken wiesen alle charakteristischen morphologischen, färberischen, kulturellen und serodiagnostischen Merkmale des Weichselbaumschen Diplokokkus auf. Bei 4 Kranken fanden sich die Erreger im Rachenschleim. Für den Nachweis der Meningokokken im Nasenrachensekret genügt nicht die mikroskopische Untersuchung, sondern es ist stets das genaue Kulturverfahren erforderlich. Von 5 Fällen wurden viermal Meningokokken durch Züchtung im Blut nachgewiesen. Das Serum der Kranken agglutinierte in mehreren Fällen die Krankheitserreger in Verdünnungen 1 : 60 bis 1 : 100. Keimträger in der Umgebung der Genickstarrekranken

fanden sich 5 unter 39 Untersuchten = 12,8 pCt. Außerdem waren von 29 an katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege leidenden Mannschaften des Bataillons 4 Kokkenträger. Einer der letzteren erkrankte zwei Tage nach der Sekretentnahme an vorübergehenden Kopfschmerzen und Erbrechen, blieb jedoch im übrigen gesund. Verfasser ist der Überzeugung, daß die Keimträger für die Verbreitung der Genickstarre eine wesentliche Rolle spielen. Bei 20 Mann des 1. Inf. Regt., welche keine Beziehungen zu Genickstarrefällen gehabt hatten, konnten im Nasen-Rachenschleim Meningokokken nicht nachgewiesen werden.

Kutscher-Berlin.

(8 bis 10) Nach Westenhoeffers Erfahrungen erfolgt die Infektion durch die Atmung. Kinder haben in den ersten Stunden Ohrerkrankungen. Die Infektion des Cavum cranii erfolgt von dort aus. Bei Erwachsenen ist die Infektion durch das Keilbein das Wahrscheinliche. Zuerst muß die Hypophysis erkranken und man findet tatsächlich auch immer eine perihypophyseale Infektion. Als weiterer Weg ist eine Infektion vom Rachen aus an den Nerven entlang möglich. Eiter in den Nervenscheiden ließ sich allerdings stets nur bis dicht unter die Rachenwand verfolgen. Akute Entzündungen der Mandeln und Rachentonsille sind regelmäßig vorhanden. In der Nase wird die Schwellung nach unten geringer. Die Gaumentonsille ist ebenso häufig beteiligt wie die Nase. Epithelveränderungen bestehen nicht. Neben der Infektion durch die Lymphbahn bleibt die Möglichkeit der hämatogenen Infektion. Geißler.

Tuberkulose.

1) Fraenkel u. Baumann. Über die Infektiosität verschiedener Kulturen des Tuberkelbazillus. Z. f. H. 1906, Bd. 55. — 2) Vagedes, K. Bemerkungen zu der Arbeit von C. Fraenkel u. Baumann über die Infektiosität der Tuberkelbazillen. Z. f. H. 1906, Bd. 55. — 3) Millon. Le thorax des tuberculeux. J. m. B. 1906, Nr. 45. — 4) Fischer, O. Die Lungentuberkulose in der Armee. V. M. S. W., Heft 34. Berlin 1906, A. Hirschwald. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 644. — 5) Bushnell. Tuberculosis in the military service. J. a. m. s. Nov. 1906, S. 471. — 6) Sforza. Tuberkulose im italienischen Heer. G. d. osp. Nr. 24 — nach D. m. W. 1906, Nr. 11. — 7) Ekeroth. Über das Vorkommen von Tuberkulose in der Armee und bei der Marine. T. M. H. 1906, Heft 2. — 8) Söderberg. Was kann von Seiten der Militärärzte getan werden, um die Morbiditätsziffer der Lungentuberkulose bei der Armee und Marine zu senken. T. M. H. 1906. — 9) Stainforth. Hôpital militaire du camp de Beverloo. Rapport sur le fonctionnement du service spécial des tuberculeux pendant l'armée 1905. A. m. B. 1906, Bd. 27, S. 217. — 10) Géronne. Miliartuberkulose und Skorbut. B. kl. W. 1906, Nr. 35.

(3) Die Kritik der verschiedenen Brustmaße läßt nur den Charpyschen Winkel, den der untere Rand der falschen Rippen mit der imaginären Verlängerung des Process. xiphoides bildet, für die Beurteilung wichtig erscheinen. Er beträgt beim kräftigen Manne 70 bis 80° und verkleinert sich im direkten Verhältnis zu der schlechteren Entwicklung des unteren Brustabschnittes. Unter den anderen bedenklichen Zeichen kommt das flügelförmige Abstehen der Schulterblätter (Abmagerung des Serratus anticus major) und das Zurückweichen der oberen Brustabschnitte in Be-

tracht. Ferner die Verminderung des Brustspielraumes. Wenig beweisend ist der geringe Tiefendurchmesser; er kann sogar bei Tuberkulose vermehrt sein, wenn Emphysem entwickelt ist. (Thorax globuleux.) Die Prophylaxe hat bei Verdächtigen (hereditär Belasteten) vor allem die Durchlüftung der oberen Lungenteile zu verfolgen, dazu gehört neben sorgfältig überwachter allgemeiner Hygiene eine planmäßige Atemgymnastik. Ktg.

(5) Bei der Rekrutierung der Armee und Marine der Vereinigten Staaten wird möglichst darauf geachtet, daß keine Tuberkulösen in den aktiven Militärdienst gelangen. Trotzdem werden immer noch solche eingestellt (4,26 pCt. im Jahre 1904), wozu dann noch die während der Dienstzeit tuberkulös gewordenen kamen. In den ersten 7 Monaten 1906 wurden 54 Todesfälle an Tuberkulose im Armee-Generalhospital beobachtet. Die durchschnittliche Dienstzeit betrug bei den Gestorbenen 18 Monate. Im Generalhospital auf Fort Bayard, welches für die tuberkulösen Invaliden und die Mannschaften der Marine bestimmt ist, starben 1904 im Ganzen 40 und 1905 im Ganzen 47, davon 24 in den ersten 4 Wochen nach der Aufnahme. Großheim.

(6) Die Statistik ergibt eine Abnahme der Tuberkulose-Todesfälle in den letzten Jahren entsprechend der Abnahme der Sterblichkeit im allgemeinen. B.

(7) 1904 und 1905 wurden in Schweden je 15 Unteroffiziere, 150 fest Angestellte und 250 Wehrpflichtige an Tuberkulose behaftet gefunden. Von diesen sind 1904 nur 3, 1905 7 in Sanatorien des Reiches untergekommen. Um allen für Heilstättenbehandlung geeigneten Tuberkulösen der Schwedischen Armee Aufnahme zu gewähren, wäre ein Sanatorium mit 150 Plätzen erforderlich, wenn die Behandlungsdauer im Durchschnitt zu 150 Tagen bemessen wird. C. C. Ekeroth.

(8) In erster Linie müssen die Militärärzte mehr als seither gewöhnlich der Fall gewesen ist, bei den Aushebungen Aufschub aus Gesundheitsrücksichten beantragen, wodurch die Anzahl „ad observandum“ auf den Übungsplätzen und in den Garnisonsorten beschränkt wird. Es ist von Wichtigkeit, daß die Militärärzte frühzeitig die Diagnose Lungentuberkulose müssen stellen können und um die hierzu nötigen Untersuchungsmethoden zu erlernen, ist kein anderer Ausweg vorhanden, als in den Sanatorien zu studieren. Nachdem die Diagnose gestellt ist, ist Sanatorienpflege die einzig richtige Behandlung. Die Behandlung in diesen ist nicht nur in therapeutischer Hinsicht zweckmäßig, sondern auch von Wichtigkeit für die hygienische der Patienten. Es ist ein Mangel bei unseren Sanatorien, daß die Rekonvaleszenten nicht vor der Entlassung ihre Arbeitsfähigkeit erproben können. Diese Sache verdient beachtet zu werden, wenn wir besondere Sanatorien für tuberkulöse Militärpersonen erbauen. C. C. Ekeroth.

(9) Das Lager von Beverloo enthält die Lungenheilstätte der belgischen Armee.

Im Bestande waren 16; dazu kommen 56; also in Summa 72 Behandelte. Davon stammte, wie in den Vorjahren, mehr als die Hälfte aus den flämischen Provinzen. Die Verteilung auf die Altersstufen von 21 bis 22 Jahren bot keine nennenswerten Verschiedenheiten; 21 waren über 22 Jahre alt. Die mittlere Größe der Erkrankten betrug 1,68 m, das mittlere Gewicht 59 kg; das Mißverhältnis liegt auf der Hand. Ein Kranker wog bei 1,58 m Größe nur 41 kg. Vom Zugange gaben 23 heredi-

täre Belastung an; Verfasser meint, daß diese Zahl wohl zu klein ist. In 47 der Fälle wurden T. B. gefunden. Das Ergebnis der Behandlung von durchschnittlich 3 Monaten stellte sich auf

beurlaubt in Konvaleszenz	32 = 44	pCt.
dem zuständ. Lazarett überwiesen zur Invalidisierung	10 = 13,8	„
gestorben	6 = 8,3	„
zum Dienst zurück	12 = 16,0	„
in Behandlung verblieben	12.	

Den Maßstab für die Beurteilung der Ergebnisse lieferte das Körpergewicht. Die zum Dienst entlassenen Leute hatten in 3 Monaten 4 kg zugenommen. Von 286 Tuberkulösen, welche seit Eröffnung der Heilstätte 1902 dort behandelt waren, befanden sich Ende 1905 noch 16 im Dienst = 5,5 pCt.; 40 = 14 pCt. befanden sich nach Ableistung ihrer Dienstzeit im Beurlaubtenverhältnis. Das wäre ein Heilerfolg von 19,5 pCt.! Die Gesamtzahl der in Beverloo und nachher Gestorbenen ergibt 21,7 pCt. Der Rest von 58,8 pCt. kam auf Invalidisierte. Immerhin ein überraschendes Resultat.

Der größere Teil der Arbeit bringt Bemerkungen zur Diagnose und Therapie. Die sehr verständig auf den Tag in 5 Mahlzeiten gegebene Beköstigung repräsentiert an

Eiweiß	160 g =	768 Kalorien
Fett	150 g =	1395 „
Kohlenhydrate	500 g =	2050 „

In der arzneilichen Behandlung spielt der Lebertran eine Hauptrolle. Dazu tritt ein Tonico-Amarum aus 10 g China-Extrakt, 10 g Kola-Extrakt und 20 g Tinct. Colombo ad 300 g Glycerin neutr., von dem nach den beiden Hauptmahlzeiten je 1 Eßlöffel voll verabreicht wird. Ktg.

c. Erkrankungen der Atmungsorgane ausschl. Tuberkulose.

Vgl. auch IIIB 1a.

1) Hueter u. Karrenstein. Eine Milchgeschwulst (Osteoidsarkom) der weiblichen Brustdrüse. V. A. 1906. — 2) Geißler. Über Tuberkulose der Mamma. D. m. W. 1906, Nr. 44. — 3) Winkelmann. Die Behandlung der fibrinösen Pneumonie mit Römers Pneumokokkenserum. M. m. W. 1906, Nr. 1. — 4) Kuhn, E. Eine Lungensaugmaske zur Erzeugung von Stauungshyperämie in den Lungen. D. m. Z. 1906, S. 308. — 5) Bernardo, L. L'azione della ginnastica medico nella cura della pleuritide. G. m. 1906, 2.

(1) Mitteilung eines Falles. Neben dem Osteoidsarkom fand sich in der Mamma ein Myxoma intracanaliculare. Beide Geschwülste waren aus einander heraus entstanden, aber dennoch von einander unabhängig. Es handelte sich also um einen Mischtumor. Verfasser nehmen zwei differente Keimanlagen an: einen Mamma-Mesenchymkeim und einen vom Skelett abgesprengten. Geißler.

(2) Mitteilung von 3 Fällen von Tuberkulose der weiblichen Brustdrüse, die als isolierte Erkrankungen gedeutet werden mußten. Die Histologie ist genau besprochen und zum Zweck der Differentialdiagnose auch der anderen möglichen Erkrankungen der Mamma ausführlicher gedacht. Geißler.

(5) Bei Behandlung pleuritischer Exsudate förderte die Anwendung der Lungen- und Brustkorbgymnastik mit dem Whitely Exerciser die Expansion der Lungen, die Entwicklung des Muskelpolsters und das Allgemeinbefinden. Msr.

d. Erkrankungen der Kreislauforgane.

1) Moore. Valvular disease of the heart in British troops, native troops, and prisoners in India, in the five years 1895 bis 1899, and in 1902 and 1903. J. M. C. VII, 4. — 2) Bono, D. Sulla miolisi tossica del cuvre. G. m. 1906, 6. — 3) Bechthold, A. Über zeitweises gehäuftes Vorkommen von Endocarditis bei Muskelrheumatismus. M. m. W. 1906, Nr. 45. — 4) Schöppler, H. Über Sarkomatose des Epikards. Eine Studie über primäre Geschwülste des Herzens und des Herzbeutels. M. m. W. 1906, Nr. 45. — 5) Knauth. Ein eigenartiger Verlauf und Obduktionsbefund von chronischer Herztuberkulose. M. m. W. 1906. — 6) Napp. Über sekundäre Herzgeschwülste. Z. f. K. Bd. 3, Heft 2. — 7) Geißler. Über Arterientuberkulose. V. A. 1906, Bd. 186, S. 135. — 8) Henrard. Des Varices, leurs complications, leurs traitements. A. m. B. 1906, Bd. 27.

(1) Die Zahl der wegen Herzklappenfehler invalidisierten Mannschaften wird immer größer. Nach M.s Ausführungen handelt es sich indes vielfach um diagnostische Irrtümer, indem von manchen Sanitätsoffizieren jeder Fall, in dem ein Geräusch am Herzen auftritt, selbst wenn es nur vorübergehend und mit keinerlei Störung der Herztätigkeit verbunden ist, als „Herzfehler" bezeichnet und zur Invalidisierung eingegeben wird. Er fordert längere Beobachtung zweifelhafter Fälle im Lazarett. Neuburger.

(2) Verf. berichtet über zwei Fälle von Angina suppurativa mit nachfolgender letaler Myolysis cordis, die er auf die Einwirkung von Streptokokken-Toxinen zurückführt und die einen ähnlichen Befund ergab, wie die durch einen Prozeß von Lysis bedingte Nekrose der Leber nach Phosphorvergiftung oder schwerem Ikterus. Msr.

(5) Ein Invalide (Hausdiener), der zuerst an Herzbeutelentzündung und latenter Tuberkulose im Lazarett behandelt war, starb nach 9 Monaten an tuberkulöser Meningitis. Die Obduktion ergab völlige Verwachsung von Herzbeutel und Herz, bis zur Herzinnenhaut durchgehende Eiterschwarten, nur einzelne Brücken von intaktem Herzfleisch. In der r. Lungenspitze frischer tuberkulöser Prozeß, Tuberkel der Leber, verkäste Mesenterialdrüsen, allgemeine Miliartuberkulose. Geißler.

(6) Verf. teilt mehrere Fälle mit, in denen sich im Herzen Geschwulstmetastasen entwickelt hatten. Sie saßen im Epikard, Endokard und in der Muskulatur, nie auf den Klappen. Klinische Erscheinungen waren meist nicht vorhanden. Geißler.

(7) Die Tuberkel saßen auf der Intima der Aorta, Iliacae und Femorales. Ihre Ansiedlung verdanken sie sicher einer Invasion von Tuberkelbazillen in die Blutbahn. Der primäre, tuberkulöse Herd saß in der linken Lungenspitze bzw. war er in einem Geschwür des Ileums zu suchen. In den Tuberkeln gelang der Nachweis von Tuberkelbazillen. Geißler.

(8) Zusammenfassung des Wissenswerten, namentlich in der Behandlung. Näher beschrieben werden: Die Methode Trendelenburgs,

Ligatur der Vena saphena interna an ihrer Mündungsstelle; Landerers Pelottenkompression der Vene an derselben Stelle; und Moreskis Hautkreisschnitte um das Bein, einer am Oberschenkel, einer über den Knöcheln mit Durchtrennung sämtlicher Venen, die dann bei der Vernarbung veröden. Ktg.

e. Erkrankungen der Ernährungsorgane.

Vgl. auch IIIB 1a.

1) Stricker, F. Die Blinddarmentzündung (Perityphlitis) in der Armee von 1890 bis 1900. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 201. — 2) Höhne, E. Über den gegenwärtigen Stand der Frage der Blinddarmentzündung. M. Kl. 1906, Nr. 19. — 3) Viereck. Über Amöbendysenterie. M. Kl. 1906, Nr. 41. — 4) Leys. Liver abscess, six cases; with special reference to the etiological importance of ascaris lumbricoides. J. a. m. s. Sept. 1906, S. 298. — 5) Bevacqua, A. Contribuzione alla studio anatomo-patologico dell' atrofia gialla acuta del fegato. An. m. n. 1906, I, 3. — 6) del Vecchio, E. Lombricosi a forma tifoidea. An. m. n. 1906, I, 2. — 7) Randone, G. Le riforme per ernia e la sua cura radicale nell' esercito. G. m. 1906, Nr. 4. — 8) La hernie dans l'armée italienne. Cad. 1906, Nr. 21. — 9) Napp. Drei Fälle von primärem Karzinom des Bauchfells. Z. f. K. 1906, Bd. 4, 1.

(4) Leys beschreibt sechs Fälle von Leberabszeß und ist der Ansicht, daß solche nicht selten durch Ascaris lumbricoides verursacht werden. Großheim.

(5) Verf. kommt an der Hand zweier von ihm beobachteter Fälle von akuter gelber Leberatrophie zu dem Schluß, daß die Krankheit keine einheitliche ist, sondern sowohl aus toxischen wie infektiösen und anderen Ursachen entstehen kann. Charakteristisch ist aber für alle die Zerstörung der Leberzelle durch den Mechanismus einer Autodigestion oder Autolysis. Die an und für sich seltene Krankheit ist verhältnismäßig häufiger beim Militär als beim Zivil. Msr.

(6) Verf. teilt einen Fall von Lumbricosis mit, der unter dem Bilde eines Typhus lytisch verlief, bis nach verschiedenen Remissionen auf Darreichung von Anthelminthicis Genesung eintrat. Msr.

(7) Wegen Unterleibsbrüche wurden in Italien 1886 bis 1894 als unbrauchbar entlassen 4866, operiert 66 = 2,5 ‰ der I.; 1895 bis 1903 betrugen die Zahlen 4093 und 3855 = 4,4 ‰. Die Zunahme betrifft alle Truppen, vorzugsweise die Infanterie 4,2 ‰, die Bersaglieri 4,6 ‰, die Kavallerie und Feldartillerie 4,1 ‰. Ursache: Das Springen mit dem Tornister und die gymnastischen Übungen. Die Zahl der Entlassungen ist infolge des ausgiebigen Gebrauches der Radikaloperation von 2,4 auf 2,3 ‰ d. I. herabgegangen. Msr.

(8) Von 1886 bis 1894 hatte die italienische Armee 0,25 pCt. der Kopfstärke an Hernien; von 1895 bis 1903 0,44 pCt. Der Grund wird in den großen Anstrengungen beim Turnen gefunden, namentlich in den neuerdings sehr gesteigerten Übungen im Weit- und Hochspringen. Demnächst in den Eskaladierexerzitien. Erwähnt wird auch der Einfluß des Spielens gewisser Blasinstrumente, namentlich aus der Klasse der Trompeten. Ktg.

(9) Der Ausgangspunkt in zwei Fällen war wahrscheinlich das Peritonealepithel. Die dritte Geschwulst, ein Alveolarkrebs des Oberflächen-

epithels des Peritoneums, war durch das Zwerchfell auf Pleura und Perikard übergegangen. Geißler.

2. Geistes- und Nervenkrankheiten.

a. Geisteskrankheiten.

Deutschland.

1) Ziehen. Die Differentialdiagnose der Melancholie und der Dementia hebephrenica, namentlich bei Soldaten. v. Leuthold-Gedenkschrift II. Band, 23 Seiten. — 2) Lobedank. Die Mitwirkung des Offiziers, insbesondere des Kompagniechefs und des Rekrutenoffiziers bei Ermittlung regelwidriger Geisteszustände in der Armee. Ein Beitrag zur Wahrung der Disziplin und zur Verhütung von Militärdelikten. Berlin, Eisenschmidt. Bespr. D. m. Z. S. 145. — 3) Schäfer. Der moralische Schwachsinn. Allgemein verständlich dargestellt für Juristen, Ärzte, Militärärzte und Lehrer. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, Band IV, Heft 4/6, Halle Marhold, S. 184. Bespr. D. m. Z. S. 698. — 4) Podestà. Häufigkeit und Ursachen der Selbstmordneigung in der Marine im Vergleich mit der Armee. Archiv für Psychiatrie Bd. 42, 1. Ref. D. m. Z. 1907, S. 74. — 5) Ernst Schultze und Rühs. Intelligenzprüfung von Rekruten und älteren Mannschaften. D. m. W. S. 1273. — 6) Steinhausen. Die klinischen und ätiologischen Beziehungen des Hitzschlags zu den Psychosen und Neurosen. v. Leuthold-Gedenkschrift II. — 7) Kern. Über die Grenzen des gerichtsärztlichen Urteils in Fragen der Zurechnungsfähigkeit. v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II, S. 30. — 8) Rodenwaldt. Der Einfluß der militärischen Ausbildung auf das geistige Inventar des Soldaten. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie Bd. XIX, Heft 1. — 9) Hagen. Ein gerichtlicher Fall von geistiger Minderwertigkeit. Vortrag D. m. Z. S. 609. — 10) Jungkunz. Akute Alkoholpsychosen. Vortrag D. m. Z. S. 611. — 11) Rodenwaldt. Geistig Minderwertige in der Armee; ihre Prüfung und Behandlung. Vortrag D. m. Z. S. 333. — 12) Bennecke. Die Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heeresplichtigen und Heeresangehörigen. Vortrag D. m. Z. S. 214. — 13) Stier. Die akute Trunkenheit und ihre Bedeutung vor den Militärgerichten. Vortrag D. m. Z. S. 40. — 14) Wittmann. Juvenile Paralyse. Vortrag D. m. Z. S. 381.

Österreich.

15) Zuzak. Kolonialversuche der Militär-Irrenpflege. M. A. Nr. 11. (Siehe auch Ref. D. m. Z. 1907, S. 551.) — 16) Zuzak. Militärdienst und Geistesstörung. Ein Beitrag zur Kenntnis der Militärpsychosen im Mannschaftsstande nach Entstehung, Verlauf, Ausgang und therapeutischer Beeinflußbarkeit. M. A. Nr. 23., 7f. (Siehe auch Ref. D. m. Z. 1907, S. 551.) — 17) Drastich. Der geistig Minderwertige in der Armee, und dessen Beurteilung durch die hierzu berufenen militärischen Organe. Ö. m. w. V. 73. Bd., 4. H. Ref. D. m. Z. 1907, S. 553. — 18) Mattauschek. Über die forensische Beurteilung akuter Rauschzustände vom Standpunkte des Militärstrafgesetzes. W. kl. W. 1907, Nr. 17. Ref. D. m. Z. 1907, S. 554.

Holland.

19) Romeijn. Voor den Krijgsraad. Psychiatrisch-forensische Expertise. M. G. T. S. 128. Ref. D. m. Z. 1907, S. 561.

Amerika.

20) Lung. Alkohol a depreciating factor of efficiency. The Military Surgeon Bd. XVIII.

Frankreich.

21) Sérieux. Le stage psychiatrique. „La revue de psychiatrie" November. Ref. Cad. 1907, S. 31. — 22) Chavigny. Diagnostic des maladies simulées. Paris. Baillière et Fils 1906.

Belgien.

23) Bosmans. Notes sur les signes morphologiques de la tête au point de vue des affections mentales. A. m. B. II. S. 306. Ref. D. m. Z. 1907, S. 996.

Spanien.

24) Victorio, Fernandez. La psicosis en el Ejercito. Paginas de Freniatria clinica. 61 S. Ref. D. m. Z. 1907, S. 986.

Italien.

25) Penta. Die Simulation von Geisteskrankheit. Mit einem Anhang: Die Geisteskrankheit in den Gefängnissen. Übersetzt von Ganter nach der 3. ital. Ausgabe. Würzburg. Stubers Verlag. Ref. D. m. Z. 1906, S. 413. — 26) Scarano. La leva militare dal punto di vista morale. Studio critico sul riconoscimento degli anomali nelle operazioni di reclutamento. Rivista mil. ital. disp XII. Ref. D. m. Z. 1906, S. 315. — 27) Tomasini. Le psicosi nell' esercito e la istituzione di manicomii da campo. Il manicomio XXI nr. 2. Ref. D. m. Z. 1907, S. 991. — 28) Serra. Sul limite dell' imbecillità. An. m. n. I. 59. — 29) Consiglio. Alcune note di psicologia militare. Rivista militare. Jan. Ref. G. M. 1906, S. 206. — 30) Consiglio. L'emozione e la sua importanza nell' ossessioni mentali. G. M. S. 481. — 31) Laval. L'armée italienne au point de vue de la mentalité. Cad. 1906, Nr. 10.

Rußland.

32) Borischpolski. Die Pflege und Behandlung der Geisteskranken auf dem Kriegsschauplatze während des ersten Jahres des russisch-japanischen Krieges. R. m. R. Nr. 8. — 33) Suchanoff. Dementia adultorum primaria. Ein Beitrag zur Frage, betreffend die mit dem russisch-japanischen Kriege im Zusammenhang stehenden psychischen Krankheiten. Aus dem Militärkrankenhause für Geisteskranke in Moskau. R. m. R. Nr. 8. — 34) Über die Evacuation der geisteskranken Soldaten vom Kriegsschauplatz nach dem Europäischen Rußland. R. m. R. S. 748. — 35) Über das Vorkommen von Geisteskrankheiten im russischen Heere während des russisch-japanischen Krieges. M. W. Bl. Nr. 40. — 36) Stieda. Die Geisteskrankheiten im russischen Heer während des russisch-japanischen Krieges. C. f. N. u. G. vom 15. 11. 1906. — 37) Oserezkowsky. Über die Geisteskrankheiten im Zusammenhange

mit dem russisch-japanischen Kriege im 2. Jahre desselben. W. M. J. Okt. 1906. Die Referate über 32—37 folgen in D. m. Z. 1908.

(1) Die Geisteskrankheiten der Soldaten sind natürlich nicht Geisteskrankheiten besonderer Art; durch die Gleichheit des militärischen Milieus, und durch die fast bei allen Soldaten wirksamen Einflüsse des Pubertätsalters wird jedoch vielen Psychosen ein gewisser eigenartiger und so weit gleichmäßiger Charakter aufgedrückt, daß man von einer Convergenz der verschiedenen Krankheitsformen bei Soldaten reden kann und die Differentialdiagnose der einzelnen psychischen Krankheitsformen bei Soldaten oft auf besondere Schwierigkeiten stößt. Dies gilt vor allem für die Differentialdiagnose zwischen Melancholie und der gleichfalls oft scheinbar akut unter melancholieähnlichen Symptomen beginnenden Dementia praecox, oder wie Ziehen sie nennt, Dementia hebephrenica. Zur Unterscheidung dieser Krankheiten ist bei der Affektstörung auf die Art des Einsetzens der Angst und Depression sowie auf die Frage zu achten, ob diese Störungen ganz continuierlich andauern oder ob sie zeitweise von andern Affekten durchbrochen werden; bei den Wahnvorstellungen ist zu beachten, ob sie ganz aus der Affektstörung sich ableiten lassen oder ob auch Größenideen oder andere paranoide Vorstellungen dazwischentreten; diagnostisch entscheidend bleibt in fraglichen Fällen die Intelligenzprüfung, die am besten nach der Masselonschen und Ebbinghausschen Methode, sowie durch Diktatschreiben u. a. ausgeführt wird.

(5) Schultze und Rühs haben 100 Rekruten und 100 ältere Mannschaften des III/42 in Greifswald nach dem Untersuchungsschema in Heft 30 der Veröffentlichungen des Militär-Sanitätswesens auf ihre Intelligenz untersucht, um die Brauchbarkeit dieses Schemas zu erproben. Die Probe hat eine glänzende Bestätigung der Brauchbarkeit dieses Schemas erbracht, obwohl die Untersucher das Gegenteil erwartet hatten. Es gelang nämlich, aus der Art der Beantwortung der in dem Schema enthaltenen Fragen die beiden einzigen Rekruten herauszufinden, welche weiterhin im Dienst sich als schwachsinnig erwiesen und deshalb entlassen werden mußten. Interessant war ferner, daß bei den Untersuchungen sich ein deutlicher Unterschied zwischen dem jüngeren und dem älteren Jahrgang feststellen ließ. Denn bei den Älteren trat das Bestreben, selbst mit vorhandenen schwachen Kräften die gestellten Aufgaben zu lösen, sehr viel mehr zu Tage, als bei den Jüngeren, auch zeigte sich ihre bessere Urteilsfähigkeit in einer kürzeren und schärferen Fassung ihrer Antworten.

(6) Steinhausen hat 443 Fälle von Hitzschlag aus einem Zeitraum von 10 Jahren auf ihre psychischen und nervösen Nachkrankheiten hin untersucht. Unter den ersteren Krankheiten werden komatöse Zustände am häufigsten beobachtet, doch kommen auch nicht selten deliriöse Zustände vor. In der Erholungsperiode zeigen sich oft charakteristische Störungen, vor allem Verstimmung, weinerliches Wesen, Oppressionsgefühl auf der Brust, Zittern, tonische und klonische Zuckungen einzelner Muskelgruppen, ferner Schwellungen, halbseitiges Schwitzen und andere vasamotorische Störungen. Dazu kommen gesteigerte Suggestibilität und Willenslähmung, hin und wieder auch ein stuporöses Verhalten. Unter den nervösen Nachkrankheiten überwiegt bei weitem die Hysterie, auch findet man einzelne hysterische Züge bei Krankheitsbildern, die man sonst als Neurasthenie bezeichnen muß. Im Ganzen deutet die Art der

psychischen und nervösen Nachkrankheiten darauf hin, daß wir es beim Hitzschlag mehr mit toxischen Einflüssen und nicht bloß mit einfacher Erschöpfung zu tun haben.

(7) Kern kommt zu dem Ergebnis, daß der ärztliche Sachverständige formell berechtigt ist, auch über die Frage der freien Willensbestimmung ein Urteil abzugeben, daß er vor allem sachlich gar nicht anders kann, als diese Frage in seinem Urteil zu berücksichtigen, da die Begriffe der Bewußtlosigkeit und der krankhaften Störung der Geistestätigkeit an sich unscharf sind und erst durch die in dem Relativsatz enthaltene Erläuterung wenigstens in so weit umgrenzt werden, daß in konkreten Fällen eine Stellungnahme möglich ist. Dadurch, daß der Arzt zu dem Inhalt des Relativsatzes überhaupt sich äußert, überschreitet er auch nicht, wie manche Psychiater und Richter meinen, seine Kompetenz als ärztlicher Sachverständiger, denn es handelt sich dabei gar nicht um die philosophische Frage des freien Willens, sondern nur darum, ob eine freie Bestimmung des Willens (im Sinne eines objektiven Genitivs) in dem konkreten Falle möglich war, oder ob die normale Bestimmbarkeit des Willens durch krankhafte Vorgänge ausgeschlossen war. Eine solche Frage kann aber nicht der Philosoph oder der Richter, sondern nur der psychiatrisch geschulte Arzt auf Grund seiner ärztlichen Wissenschaft beantworten. Bei dieser Sachlage erscheint es Kern auch nicht opportun, als Endurteil durch die Wendung: geisteskrank „im Sinne des § 51 R. St. G. B.“, die Beantwortung der Frage nach der freien Willensbestimmung zu umgehen, sondern besser klar und unumwunden die Frage zu beantworten.

(8) Rodenwaldt hat als Fortsetzung und Ergänzung seiner früheren Untersuchungen über das geistige Inventar der eben eingestellten Rekruten jetzt die sämtlichen 144 Mann des 3. Jahrgangs desselben Leibkürassier-Regiments Nr. 1 gleichfalls auf ihr geistiges Inventar untersucht, um festzustellen, nach welcher Richtung und bis zu welchem Grade eine geistige Zunahme durch die militärische Ausbildung erzielt worden ist. Die Ergebnisse sind ähnlich den nach ihm von Schultze und Rühs gefundenen. Rodenwaldt fand nur eine geringe bzw. gar keine Vermehrung der allgemeinen Kenntnisse, wohl aber größere Klarheit über den geistigen Besitz, schnellere Bereitschaft, größere Ehrlichkeit und Entschlossenheit in der Antwort, sowie mehr Exaktheit in der Äußerung des geistigen Inventars. Kurz, es zeigte sich, daß gerade diejenigen Eigenschaften gestärkt waren, welche den Mann für den Kriegsfall, aber auch für die Anforderungen des Lebens mehr geeignet machen, als es der Besitz einfacher Kenntnisse je vermag.

(22) Chavigny bringt in dem 512 Seiten starken Buch eine ausführliche Schilderung und Zusammenstellung aller für die Diagnose und Beurteilung der Simulation wichtigen Momente unter weitgehender Berücksichtigung der französischen und ausländischen Literatur. Genau die Hälfte des Buches nimmt dabei die Schilderung der Simulation von Geisteskrankheiten, Epilepsie, Hysterie und anderen Nervenkrankheiten ein.

(28) Idiotie und Kretinismus, ferner Imbezillität und Geistesschwäche, schließlich Geistesarmut (simplicità di spirito) sind nur graduell verschiedene Zustände derselben psychischen Insufficienz, in bezug auf die Verantwortlichkeit für Straftaten daher verschieden zu bewerten. Verf. belegt es mit einem eklatanten Beispiele. Msr.

(30) Eine intensive, unvermutete, deprimierende Gemütserregung kann einen Zustand psychischer Insufficienz bedingen, der als rudimentäre Paranoia oder Parabulia coacta auftritt. Wichtig, weil im Militärdienste es an derartigen emotionellen Ursachen nicht fehlt. Msr.

(31) L's Betrachtung bezieht sich auf 3 Arbeiten. Die eine von dem Psychiater Prof. Pellegrini macht das Leben in der Armee mit seinen irritierenden Momenten, die Art der Aushebung und die mangelhafte Fachausbildung der Militärärzte für die Geisteskrankheiten verantwortlich. Die andere vom Prof. Angiolella steht auf einem noch schrofferen, sozialistischen Standpunkt, indem sie die Armee als einen Parasiten am Gesellschaftskörper bezeichnet, in dem die brutale Gewalt jede freie Regung unterdrückt usw. Darauf antwortet der Kapitän Scarano vom italienischen Sanitätskorps, indem er sich seiner Kollegen warm annimmt, mit Tatsachen. Zuerst weist er auf den Abfall der Sterblichkeit von 11,76 ‰ in 1883 auf 3,38 ‰ in 1902 hin. Dann aber führt er die Kriminalstatistik vor. 1884 wurden 3339 Soldaten strafrechtlich verurteilt; in der Dekade bis 1894: 2000 und in der letzten bis 1904: 1436! Rückfällige Vergehen kamen in dieser Zeit noch 228 zur Bestrafung. Davon fiel bei 172 das primäre Vergehen in die Zeit vor der Einstellung; nur bei 56 in die Dienstzeit. Die Armee übt also einen guten Einfluß in moralischer Beziehung aus. Sc. betont mit Recht, daß es eine arge Übertreibung sein würde, wenn man jeden von der Einstellung ausschließen würde, der mit einer hereditär psychopathischen Anlage zur Musterung erscheint. Erst die Beobachtung im Dienst kann feststellen, welche von diesen Leuten sich als nicht dienstfähig erweisen. Die Militärärzte kennen ihre Pflicht auch auf diesem Gebiet vollkommen; die moralische Gesundheitspflege in der Armee steht nicht hinter der physischen zurück. Ktg.

UNMED.
FEB 28 1
LIBRARY

b. Organische Krankheiten des Nervensystems.

Gehirn und Rückenmark.

1) Bernert. Tabes und intermittierendes Hinken. Vortrag. Wien M. A., S. 109. — 2) Folly. Fracture directe de l'occipital à gauche avec contusion indirecte du lobe frontal droit. Cad., S. 107. — 3) Lévy et Dargein. Un cas de myélisme grippal. A. M. et Ph. m., II. 426. — 4) Niclot. Syndrome de Brown-Séquard. A. M. et Ph. m., I. 138. — 5) Ronalet. Syphilis cérébrale. A. M. et Ph. m., I. 55. — 6) Liberio. Sopra un caso di atrofia muscolare dell'arto superiore sinistro con paralisi ed anestesia. G. M., S. 190. — 7) Consiglio. Psicologia e clinica dei lobi prefrontali. Dal Morgagni fasc. II. 1906. Ref. G. m. 1907, S. 204.

Periphere Nerven.

8) Müller. Lähmungsartige Schwäche des linken Armes nach linksseitiger Brustfellentzündung. Vortrag. D. m. Z., S. 46. — 9) Vollrath. Linksseitige Cucullarislähmung. Vortrag. D. m. Z., S. 47. — 10) Neubaur. Rechtsseitige Gesichtslähmung nach Verletzung. Vortrag. D. m. Z., S. 48. — 11) May und Mann. Seltenere Nervenerkrankung. D. m. Z., S. 217. — 12) Sertoli. Paralisi bilaterale dell'ulnare consecutiva a distorsione doppia radio-carpica. G. m., S. 583.

(3) Lévy und Dargein beobachteten einen Soldaten, der im Anschluß an eine Influenza spastische Erscheinungen und Zittern in den

Beinen sowie Steigerung der Sehnenreflexe an Knien und Fersen zeigte. Störungen der Sensibilität, der elektrischen Reaktionen oder der Ernährung fehlten dauernd. Nach langer Behandlung trat schließlich Heilung ein. Die Autoren hielten den Zustand nicht für hysterischer Natur, sondern für eine Reizung der Pyramidenstränge der Lendenmarksgegend, ob mit Recht, bleibe dahingestellt.

(4) Niclot beobachtete einen Soldaten der Spahis vom Senegal, der offenbar in der Betrunkenheit von einem Unbekannten einen Stich in den Rücken bekommen hatte. Es zeigte sich isolierte Lähmung des rechten Beines und dissoziierte Gefühlsstörung für Schmerz und Temperatur, ohne Störung des Berührungsgefühls am linken Bein. Später Atrophie des rechten Beins. In der Gegend zwischen dem 4. und 5. Rückenmarkswirbel fand sich eine kleine reizlose Narbe. Die Angabe des Verletzten, daß die Störung eine Folge des überstandenen Typhus sei, wurde abgelehnt und eine Stichverletzung mit halber Durchtrennung des Rückenmarks angenommen.

c. Funktionelle Nervenkrankheiten.

Epilepsie:

1) Chandoye. Fracture du pariétal droit; Trépanation; Epilepsie jacksonienne tardive. A. M. et Ph. m., I. 145. — 2) Infante. Un caso grave di epilessia traumatica. G. M., S. 674. — 3) Giannone. Epilessia psichica. An. m. n., I. 482. — 4) Funaioli. Epilessia ed isterismo nei militari. Siena 1906.

Hysterie:

5) Heinrich. Über seltene hysterische Kontrakturen und Wirbelsäulendeviation. D. m. Z., S. 181. — 6) Krause. Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie. Vortrag. D. m. Z., S. 380. — 7) Herbing. Gelenkveränderungen durch hysterische Kontrakturen Vortrag. D. m. Z., S. 46. — 8) Becker. Krankenvorstellung verschiedener Nervenkrankheiten (Hysterie). Vortrag. D. m. Z., S. 221. — 9) Valek. Hysterisches Zittern. Vortrag. Budapest. M. A., S. 92. — 10) Guichemerre. Un cas d'hystérie prolongée à manifestations multiples et graves (paraplégie, aphasie, hématémèse etc.). A. M. et Ph. m., I. 219. — 11) Roussel et Lesnès. Deux observations d'hystérie chez les soldats (Hystérie-traumatisme, vagabondage impulsif). Cad., S. 203. — 12) Ostino. Isterismo ed istero-traumatismo dell'orecchio. G. m., 443. — 13) Gilardoni. Di un caso di iperallucinosi isterica. G. m., 288.

Neurasthenie:

14) Tresslich. Tachycardia paroxysmalis bei Neurasthenie. Vortrag. M. A., S. 92. — 15) Hainaut. Neurasthénie et paralysie générale (Diagnostic différentiel). A. m. B., I. 19. — 16) Meyer. Die Nervosität in der Armee. M. A., 19. — 17) Melnotte. La névrose du Sud-Algérien. A. M. et Ph. m., I. 240. Refer. folgt in der D. m. Z. 1908. — 18) Régis. La Neurasthénie traumatique. A. m. B. 1906, Bd. 27, S. 322. — 19) Derselbe. La Neurasthénie traumatique chez les artério-scléreux. Rev. de méd. lég. psychiatrique 1906, Nr. 2, nach Cad. 1906, Nr. 8.

Varia:

20) Nemery. Les névroses réflexes d'origine nasale. A. m. B., I. 361. — 21) Tarantini. Le neurosi traumatiche nei loro rapporti colla legislazione italiana. G. m., S. 16. — 22) Glean Allen. Incontinence of urine in the soldier. J. M. C., S. 336. — 23) Carel. Sur l'incontinence essentielle d'urine (hyperchlorurie). Thèse de Lyon. Ref. A. m. B., I. 194. — 24) Froidbise. Simulation et névropathologie. A. m. B., I. 289. Ref. D. m. Z. 1907, S. 995.

(4) Funaioli bringt in dem 74 Seiten starken Buch eine ausführliche Schilderung der beiden großen Neurosen, indem er die wesentlichsten ätiologischen, symptomatologischen und therapeutischen Tatsachen beschreibt. Die militärischen Verhältnisse, die dem Titel nach im Vordergrund stehen müßten, werden dabei nur ganz nebensächlich berührt, ohne daß neue Gesichtspunkte zur Geltung kämen.

(10) Guichemerre schildert einen Fall von schwerer Hysterie bei einem Sanitätssoldaten. Ausgelöst offenbar durch eine fieberhafte Allgemeinerkrankung traten schwere Anfälle auf, welche nach dem Abklingen des Fiebers nicht sistierten. Die wesentlichsten, auch zwischen den Anfällen andauernden Krankheitssymptome waren Paraplegie und Aphasie, rhythmische Zuckungen, Blutbrechen, Sehstörungen und reißende Gliederschmerzen.

(11) Roussel und Lesnès beobachteten zwei Fälle von Hysterie bei Soldaten. In dem ersten trat nach einer Hufschlagsverletzung mit Bruch des linken Unterschenkels nach Heilung dieses Bruches allmählich eine offenbar hysterische Lähmung dieses Beins mit totaler linksseitiger Hemianästhesie ein, welche trotz aller Nachbehandlung nicht heilte und zur Entlassung des Mannes führte. In dem anderen Falle handelte es sich um einen Husaren, der mehrfach wegen unerlaubter Entfernung und Fahnenflucht bestraft war. Er hatte angeblich mit 14 Jahren Hitzschlag überstanden und zeigte jetzt linksseitige Hemianästhesie und fehlenden Gaumenreflex. Er wurde mit der Diagnose automatisme ambulatoire für nicht verantwortlich für die letzte Straftat erklärt und aus dem Heere entlassen.

(13) Gilardoni beschreibt einen großen hysterischen Anfall eines Soldaten, der mit massenhaften Halluzinationen verlief. Ursache des Anfalls war ein schreckhaftes Erlebnis.

(16) Meyer bringt nicht, wie man nach dem Titel erwarten sollte, eine Beschreibung oder Betrachtung über die eigentliche Neurasthenie, sondern macht nur seinem gequälten Herzen Luft über die Unruhe und Anstrengungen des Dienstbetriebes, über die Störungen des Schlafes und einer ruhigen gesunden Lebensweise, die seiner Ansicht nach gerade in der österreichischen Armee Offiziere und Mannschaften „nervös“ machen müßten.

Die Arbeiten von den belgischen Militärärzten Heinaut (15) und Nemery (20) enthalten nur allgemein wissenschaftliche, nicht spezifisch militärärztliche Betrachtungen, ebenso wie die Mehrzahl der in den A. m. B. erschienenen Arbeiten.

(18) Die Disposition für die Erkrankung von traumatischen Neurosen ist sehr verschieden. Sie ist gesteigert bei Leuten über 40 Jahren (Gichtikern) und solchen, die unter dem Einfluß chronischer Intoxikation

leben — Alkohol, Tabak. Am meisten aber sind diejenigen disponiert, welche Zeichen von Arteriosklerose darbieten. Bei der Anamnese ist auf diese Verhältnisse zu achten, weil sie die Prognose stark beeinflussen. Diese ist speziell bei Arteriosklerose übel. Ktg.

(19) Höheres Alter, Gicht, Alkohol, namentlich aber Arteriosklerose disponieren nach erlittenen Traumen zu Neurosen. Bei allen Traumen, die ältere Leute betreffen, ist die Vorgeschichte nach dieser Richtung zu erforschen. Die Prognose traumatischer Neurosen wird durch solche Umstände wesentlich trüber. Ktg.

(23) Carel berichtet uns, daß aus der französischen Armee in den Jahren 1895 bis 1901 durchschnittlich 0,21 ‰ K. wegen Bettnässen entlassen worden sind, und zwar sind die absoluten Zahlen von 105 in 1895 bis auf 243 in 1900 fast gleichmäßig angestiegen. Eine genauere Beobachtung und Untersuchung hat gelehrt, daß in der Mehrzahl der Fälle eine leichte Polyurie vorlag, die einige Male bis zu richtigem Diabetes insipidus sich steigerte. Neu ist die Beobachtung des Autors, daß in all seinen Fällen eine Vermehrung des Kochsalzgehalts des Urins vorlag, und zwar in solchem Maße, daß oftmals statt normalerweise 10 bis 12 g sogar 40 g Na Cl pro Tag ausgeschieden wurden. Mit Recht weist er darauf hin, daß diese Inkontinenz und Polyurie ein Zeichen allgemeiner Degeneration ist. Auch er hat in seinen Fällen fast stets diesen Nachweis der Degeneration führen können. Wenn auch gerade die Enuresis eigentlich nie simuliert wird, so sei es doch angenehm, in der Vermehrung des Kochsalzgehalts, die den Betreffenden natürlich unbekannt sei, ein objektives Zeichen eines wirklich vorhandenen krankhaften Zustandes nachweisen zu können. Eine Nachprüfung dieser Angaben über die angebliche Vermehrung des Salzgehalts steht allerdings noch aus.

Bearbeiter des Abschnitts III B, 2: Stier.

3. Chirurgische Krankheiten.

a. Allgemeines.

1. Technik.

1) Rotter. Typische Operationen. 7. Aufl. — 2) de Ruyter und Kirchhoff. Compendium. 4. Aufl. — 3) Pearson, London. Die moderne chirurgische Technik und ihre Beziehungen zur Operation und Wundbehandlung. — 4) Buchanan, London. Handbuch der Chirurgie. — 5) Walsham, London. Surgery, its theory and praxis. — 6) Beck, C. The influence of american surgery in Europe. Washington univ. public. Nov. — 7) de Quervain, T. Zur Operationstischfrage. C. Ch. Nr. 11. — 8) Döderlein. Neuer Vorschlag zur Erzielung keimfreier Operationswunden. D. m. W., Nr. 15. — 9) Brentano. Ein neuer Waschtisch für den Operationsraum in Feld- und Kriegslazaretten. D. m. W., Nr. 34. — 10) Billroth-Winiwarter. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in 51 Vorlesungen. 16. Aufl. — 11) Leser, E. Die allgemeine Chirurgie in 50 Vorlesungen. Jena. — 12) Guinard. Les soins post-opératoires. J. m. B. 1906, Nr. 36 und 37.

Ein Teil der vorstehenden Werke und kleineren Schriften ist schon in der D. m. Z. besprochen. Die 3 englischen Lehrbücher der Chirurgie

sollen nur erwähnt werden; die Grundanschauungen sind heute wohl überall dieselben.

(6) C. Beck schildert in bekannter lebhafter Weise die Verdienste der amerikanischen Chirurgie, die mit der Einführung der Anästhesie, der radikalen Behandlung der Appendicitis, der Verbreitung der Ovariotomie und auch heute noch durch vollkommene technische Einrichtungen der alten Welt ein gut Teil dessen zurückgezahlt hat, was sie dieser von früheren Jahren her zu verdanken hatte.

(7) de Quervain hat einen Operationstisch konstruiert, der sich den Körperformen anschmiegt und eine starke Rückwärtsbeugung der Wirbelsäule und Überstreckung der Hüftgelenke gestattet.

(9) Brentano zeigt, wie man auf einfache Weise Waschvorrichtungen mit Zu- und Abfluß improvisieren kann.

(8) Döderlein bestreicht vor der Operation die desinfizierte Haut mit einer Gummilösung und schaltet so die Infektion der Wunde durch die Umgebung aus. v. Brunn (Diskussion im Chir. Congr.) stimmt ihm zu; Heusner hält die vorherige Desinfektion für überflüssig und bildet dieselbe Schutzdecke durch Aufpinseln einer 1prozentigen Jodbenzinlösung, der etwas Paraffinöl zugesetzt ist. v. Öttingen und Herhold machen andere Vorschläge (s. u. Wundbehandlung). A. K.

(12) Verf. geht die einzelnen Tage durch, welche auf größere Operationen, besonders Laparotomien, folgen und gibt ausführliche Ratschläge, nach denen einzelnen üblen Ereignissen vorzubeugen ist. Ktg.

2. Wundbehandlung.

1) v. Oettingen, W. Der erste Verband auf dem Schlachtfelde und die Bakterien-Arretierung. C. Ch., Nr. 13. — 2) Herhold. Der erste Verband auf dem Schlachtfelde. Ebenda, Nr. 18. — 3) Heusner. Über Jodbenzindesinfektion. Ebenda, Nr. 8 und D. Z. Ch., Bd. 87. — 4) Marshall and Neave. Antiseptische Wirkung der Silbersalze. B. m. J., 18. Aug. — 5) Herhold. Trocknes Jodcatgut. D. m. W. 1905, Nr. 51. — 6) v. Herff. Catgutsterilisation (Jod). M. m. W., Nr. 27. — 7) Riddelt. Jodcatgut (mit Jodtinktur). B. m. J., 24. April. — 8) Burmeister. Jodcatgutpräparation. C. Ch., Nr. 45. — 9) Stich. Catgutsterilisation. Ebenda, Nr. 46. — 10) Mindes. Benzinjodcatgut. Ebenda, Nr. 51. — 11) Bartlek. Sterilisation und Aufbewahrung von Catgut. — 12) Baudouin. Kochen in Chloroform oder Alkohol. Siehe S. m. p. 380 und 425. — 13) Kuhn. Catgut nur von gesunden Tieren. M. m. W., Nr. 41 (s. auch D. Z. Ch., Bd. 86). — 14) Clarholm. Kochen in absolutem Alkohol. Hyg., Nr. 11. — 15) Budde. Chemische Untersuchung chirurgischer Nähseide. D. m. Z., Nr. 5. — 16) Witzel. Silberkautschukseide zur versenkten Naht. C. Ch., Nr. 35. — 17) Wederhake. Herstellung der Silberkautschukseide. Ebenda und M. m. W., Nr. 49 und 50. — 18) Schuftan. Phenyform. Th. M., Nr. 5. — 19) Heile. Praktische Anwendung des Isoform. D. m. W., Nr. 35. — 20) Credé. Prophylaktische Antiseptik. M. m. W., Nr. 24. — 21) Samuel. Modifikation der Hautnaht nach Michel. C. Ch., Nr. 6. — 22) Ehrhardt. Ein einfacher Ligaturträger. Ebenda, Nr. 30. — 23) Chroback. Zur Frage der Drainage. W. kl. W., Nr. 48. — 24) Hans. Fadendrainage. C. Ch., Nr. 47. — 25) Axhausen. Entwicklung der moderneu Wundbehandlung. Leuth. Gedenkschr. II. — 26) Meyer. Wundheilung und

Wundbehandlung. Leipzig. — 27) v. Herff. Heißwasseralkoholdesinfektion. M. m. W., 24. Juli. — 28) Ahlfeld. Dasselbe. D. m. W., Nr. 42. — 29) Dietrich und Arnheim. Über Formysol. Ebenda, Nr. 45. — 30) Schumburg. Die Desinfektion der Instrumente im Kriege. Veröff. Mil. Sanitätswesen, Heft 35. — 31) Derselbe. Versuche über Händedesinfektion. A. kl. Ch., Bd. 79, Heft 1. — 32) Mestral. Über Händedesinfektion. A. prov. de chir., Nr. 6. — 33) Heyde. Über Jodoformgazesterilisation. C. Ch., Nr. 46. — 34) Championnière, L. Asepsie et antisepsie en chirurgie de guerre. Cad., p. 287. (Im Felde sind Antiseptica noch notwendig.) — 35) Clifford, Gill. The treatment of extensive wounds in field service. L., 26. Mai. (Antiseptik für größere Wunden; dazu müßte jeder Soldat ein Fläschchen Wasser und im Verbandpäckchen einige Sublimatpastillen haben. ? Ref.) — 36) Asbeck, E. Behandlung frischer Wunden mit durch Wärme zum Austrocknen gebrachten Verbänden. M. m. W., Nr. 42. — 37) Goldammer. Erfahrungen mit trockener Wundbehandlung im südwestafrikanischen Kriege. A. kl. Ch., Bd. 80, Heft 1. — 38) Rochs, Coste und Abel. Die aseptischen Operationen im Garnisonlazarett Straßburg innerhalb der letzten 4 Jahre; Indikationsstellung, Rückschlüsse auf die Kriegschirurgie. v. Leuthold Gedenkschr., Bd. II. — 39) Saussailoff und Telitschenko. Die Desinfektion chirurgischer Instrumente. Wratschebnaja Gazette 1905, Nr. 49. R. m. R. 1906. Nr. 1. — 40) Réverdin, A. et Massol. La stérilisation des mains. A. m. B. 1906, Bd. 27, S. 353. — 41) Sprengel. Behandlung der Schußverletzungen. D. m. W. Nr. 50. — 42) Treutlein. Kriegschirurgisches aus Japan. M. m. W. Nr. 25.

(1) v. Ottingen will die Wunde vor Infektion von der umgebenden Haut aus dadurch schützen, daß er diese mit einer Mastixlösung (Mastix 20, Chlorof. 50, Ol. Lini gutt. 20) bestreicht, um die der Haut anhaftenden Bakterien fest zu legen, zu „arretieren“ (s. v. Doederlein und Heusner).

(2) Herhold spricht sich aus verschiedenen Gründen gegen diese Vorschläge aus, soweit sie für den Krieg gemacht sind; er hält die vorschriftsmäßigen Verbandpäckchen bei richtigem Gebrauche für besser.

(3) Heusner empfiehlt die Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes mit einer Mischung von Jod und Benzin von 1 : 1000, und zwar auf Grund bakteriologischer Versuche (Markwald) und klinischer Erfahrungen. (In einer späteren Mitteilung [1907] in der D. Z. Ch., Bd. 87, berichtet H., daß er jetzt eine Mischung von 1 Jod, 750 Benzin : 250 Paraffinöl, sterilisierte leinene Handschuhe und Jodvaseline gebraucht.)

(4) Nach Marshall und Neave sind die meisten älteren und neueren Silberkompositionen kräftige Antiseptika, nur Argyrol und Collargol nicht, obgleich letzteres 86,6 pCt. Silber enthält [im Gegensatz zu Credé (20)].

Die große Mehrzahl der Arbeiten über das Catgut kommen zur Empfehlung des Jodcatgut; Kuhn (13) macht darauf aufmerksam, daß vor allen Dingen die Tiere gesund sein müssen, von denen das Material genommen wird. Besondere Vorschläge sind die des Benzinjodcatguts durch Mindes (10), des Kochens in Chloroform oder Alkohol durch Baudouin (12) und Clarholm (14) und der Silberkautschukseide, die besonders für versenkte Nähte als Ersatz für den Silberdraht dienen soll [Witzel und Wederhake (16, 17)]. Die Empfehlung des Phenyform durch Schuftan (18) und des Isoform durch Heile (19), des Formysol

durch Dietrich und Arnheim (29) beweisen immerhin, daß das Suchen nach neuen Antisepticis noch nicht aufgehört hat.

(30, 31) Die beiden Beiträge Schumburgs beziehen sich auf die schnelle Desinfektion der Instrumente (Abbrennen) und der Hände mit einer Mischung von Alkohol und Äther (2:1) mit ½ pCt. Salpetersäure; damit soll man schon nach 2½ Minuten eine vollständig genügende Händedesinfektion erreichen.

(32) Mestral empfiehlt 70 pCt. Alkohol und Sublimat.

(36, 37) Asbeck und Goldammer beobachteten, jener im Frieden, dieser im Kriege (in Südafrika), den günstigen Einfluß trockner Hitze auf den Wundverlauf. Sehr interessant ist Goldammers Schilderung der Schwierigkeiten, mit denen die Ärzte in Südwestafrika zu kämpfen hatten. A. K.

(39) Schneidende Instrumente wurden durch Kochen stumpf, in Formalinlösungen rostig. Die Kombination einer 5prozentigen Formalinlösung mit 1 bis 2 pCt. Soda erlaubte völlige Sterilisierung der Instrumente durch Einlegen, ohne Beeinträchtigung der Schneiden.

(40) Eine sehr ausführliche Darstellung des botanischen Gartens, der auch nach den üblichen Reinigungsmethoden noch auf den Händen der Chirurgen gedeiht.

Speziell ist durch Versuche festgestellt, daß im Laufe jeder Operation eine stetige Vermehrung der Keime an den Fingern des Operateurs eintritt. Ktg.

3. Wundkrankheiten und ihre Behandlung.

1) Ehrlich. Behandlung chirurgischer Infektionen nach Chlumsky. M. m. W., Nr. 11. (Chlumsky, S. C. Ch. 1905, Nr. 33, empfiehlt Phenolkampfer: Reine Karbolsäure 30, Kampfer 60, absol. Alkohol 10.) — 2) Nespor. Dasselbe. W. kl. W., Nr. 25. Lemberger. Dasselbe. Th. d. G., Nr. 5. — 3) Lennander. Konzentrierte Karbolsäure bei Infektionen. B. kl. Ch. 51, 1. — 4) Wolff. Über konzentrierte Karbolsäure bei Bubonen und Furunkeln. D. m. W., Nr. 45. — 5) Raphael. Alkohol bei entzündlichen Prozessen. Th. M., Nr. 9. — 6) Georgiades. Ätherverband der Phlegmone bei Kindern. Siehe S. m., p. 127. — 7) Schmidt, G. Über Schrotschußverletzungen bei Heeresangehörigen. Mit besonderer Berücksichtigung des Hinzutretens von Wundstarrkrampf. B. kl. Ch., Bd. 43, Heft 1. — 8) Hecker, A. Altes und Neues über die Infektionsquellen und Übertragungswege des Tetanus. v. Leuth. Gedenkschr., Bd. 1. — 9) Hohlbeck. Erkrankungen an Tetanus im Russisch-japanischen Kriege. P. m. W., Nr. 36. Vgl. auch die große an Ad. Heckers Vortrag über die prophylaktische Impfung bei Tetanus sich anschließende Diskussion, in der Bornhaupt, Pochhammer, v. Wreden und Zoege v. Manteuffel ihre Erfahrungen über die Behandlung des Tetanus mitteilten. — 10) Bestelmeyer, R. Erfahrungen über die Behandlung akut entzündlicher Prozesse mit Stauungshyperämie nach Bier. M. m. W. Nr. 14. — 11) Herhold. Anwendung der Stauungshyperämie bei akuten eitrigen Prozessen im Garnisonlazarett Altona. M. m. W. Nr. 6. — 12) Scheidl. Über die Anwendung der Stauungsbinde vom Standpunkte der Militärärzte. — 13) Küttner. Die Biersche Stauungsbehandlung der akuten Eiterung und ihre Bedeutung für die Kriegschirurgie. R. K. Nr. 6. — 14) Tomaschewski. Die Behandlung akut infektiöser chirurgischer Erkrankungen mit der Bierschen Stauungshyperämie. Russki Wratsch Nr. 12. R. m. R. 4., S. 222 u. 247.

Die Arbeiten über die Behandlung der Wundkrankheiten sind naturgemäß um so seltener geworden, je besser wir es gelernt haben, diese Krankheiten zu verhüten, die Wundinfektion zu vermeiden. Bei eiternden Wunden, Geschwüren, werden immer noch kräftige Antiseptika (1 bis 6) empfohlen neben den notwendigen chirurgischen Eingriffen. Eine Wundinfektion, die bis jetzt noch jedem Antiseptikum und auch, mit wenigen Ausnahmen, energischen chirurgischen Eingriffen widerstanden hat, ist der Tetanus, von dem die übrigen oben aufgezählten Arbeiten (7 bis 9) handeln. Auch die Behandlung mit dem Serum, dem Tetanus-Antitoxin, hat bei schon ausgebrochenem Tetanus nur selten Erfolg gehabt, wie z. B. die Erfahrungen in dem letzten Kriege in der Mandschurei (Bornhaupt, Wreden, Zoege v. Manteuffel) wieder aufs neue beweisen. Hecker, der eine große Zahl von gewöhnlichen Bekleidungsstücken untersuchen ließ und recht häufig in Strümpfen, Stiefeln, Hosen usw. Tetanusbazillen darin nachweisen konnte (Pochhammer), tritt infolgedessen warm für die prophylaktische Impfung mit dem Tetanus-Antitoxin ein. A. K.

(12) Scheidl berichtet über seine bei 150 Fällen von Phlegmonen, Panaritien usw. gewonnenen Erfahrungen über die Biersche Stauungshyperämie. Joh. Steiner.

(13) Die bei Furunkeln, Panaritien und ähnlichen Zellgewebsentzündungen erprobte Stauungshyperämie und Absaugung der Wundsekrete kann auch bei infizierten Schußwunden in den Kriegslazaretten gute Dienste leisten. Namentlich erwartet K. viel von ihr bei Gelenkeiterungen.

(14) T. sah in 38 Fällen von Phlegmonen, Furunkulose usw. nur 4 Mißerfolge. Ktg.

4. Allgemeine und örtliche Betäubung.

1) Witzel, Wenzel und Hackenbruch. Die Schmerzverhütung in der Chirurgie. — 2) Verth, zur. Die Anästhesie in der kleinen Chirurgie. M. m. W. Nr. 10. — 3) Blumfield, Anästhesie. London. 2. Aufl. — 4) Bosse, Über Allgemeinnarkose. B. kl. W. Nr. 33. — 5) Hammes. Die Narkose. Amsterdam. — 6) Roger. Technik der Chloroformnarkose. Arch. prov. d. chir. Nr. 8. — 7) Hagen. Der Roth-Drägersche Apparat. M. m. W. Nr. 20. — 8) Schubert. Narkoseapparat mit Dosierungsvorrichtung. Ebenda Nr. 40. — 9) Gwathmey. Apparat zur Anästhesie. J. of Am. Ass. Nr. 17. — 10) Vidal. Äthernarkose per rectum. S. m. S. 492 und Pr. méd. Nr. 97. — 11) Stucky. Dasselbe, Am. J. of m. Sc. Nr. 9. — 12) Dauve. Die Vorteile der Mischnarkosen. G. d. hôp. Nr. 48. — 13) Drevon u. Hauger, Mischnarkose mit Äthylchlorid und Äther. Siehe S. m S. 102. — 14) Korff. Skopolaminmorphinnarkose. B. kl. W. Nr. 51. — 15) Péraire. S. m. S. 492. Dasselbe. — 16) Hocheisen. Dasselbe. M. m. W. Nr. 37 u. 38. — 17) Ely. Dasselbe (1 Todesfall) N. Y. J. 20. Okt. — 18) Psaltoff. Dasselbe (Einleitung zur Chloroformnarkose). Bull. de chir. Bd. 32, S 231. — 19) Busse. Skopolaminnarkose vor der Rückenmarksanästhesie. — 20) Peukert. Dasselbe. M. m. W. 1907, Nr. 4. — 21) Suker. Scopolamine and morphine anaesthesia in ophthalmic surgery. Médecine Nr. 1, Jan. — nach J. m. B. Nr. 14. — 22) Whitacre. Scopolamine morphine chloroform anaesthesia.. New York med. Journ. vom 31. 3. nach J. m. B. Nr. 19. — 23) Rouffart et Walravens. A propos de la narcose scopolamique. Étude de 65 observations personnelles. J. m. B.

Nr. 2 bis 4. — 24) Denis. L'anesthésie générale à la Scopolamine. J. m. B. Nr. 1. — 25) Toubert. Technique de la chloroformisation applicable à la plupart des opérations faites sur la tête. Cad. Nr. 18. — 26) Sonnenburg. Die Rückenmarksanästhesie mittels Stovain und Novokain nach eigenen Erfahrungen. v. Leuth. Gedenkschr. Bd. II. — 27) Greiffenhagen. Schwere Respirationsstörung nach Stovain. — 28) Trautenroth. Dasselbe. D. m. W. Nr. 7. — 29) Hermes. M. Kl. S. 13. Weitere Erfahrungen mit der Rm. An. (2 Todesfälle bei Sepsis, viele Versager). — 30) Roeder. Abducenslähmung nach Rm. An. M.m.W. Nr. 23. — 31) Adam. Dasselbe. M. m. W. S. 8. — 32) Heymann. Dasselbe. D. m. W. Nr. 26. — 33) Feilchenfeld. Dasselbe. Ebenda, Nr. 27. — 34) Landow. Dasselbe (doppelseitig und 4 Wochen lang heftige Nackenschmerzen). M. m. W. Nr. 30. — 35) Mühsam. Dasselbe (2 Fälle). D. m. W. Nr. 35 (ebenda Lang, Lähmungen nach Rm. An.). — 36) Goldmann. Ungünstige Erscheinungen nach Lumbalan. (Gangrän der Ferse). C. Ch. 1907, S. 55. — 37) König, Bleibende Rückenmarkslähmung nach Lumbalanästhesie. M. m. W. Nr. 23. — 38) Bosse. 2 Todesfälle nach Rm. An. B. kl. W. S. 368. — 39) Thoap-Meyer. Om spinalanalgesi. N. T. M. 1906, 1. — 40) Thomason. Personal experience with spinal analgesia and its application to military surgery. J. a. m. s. Sept. 1906. S. 272.

(1) In dem von Witzel, Wenzel und Hackenbruch verfaßten Leitfaden für die Anästhesie besprechen die beiden ersten die Allgemeinnarkose, besonders die Äthertropfnarkose bei stark nach hinten geneigtem Kopf und die Vorbereitung des Pat. zur Narkose, während Hackenbruch die örtliche Anästhesie in ihrer Entwicklung und ihrer Technik an verschiedenen Körperteilen beschreibt.

(2) zur Verth empfiehlt für kleinere Eingriffe den Ätherrausch, oder eine der örtlichen Anästhesien, oder (vom Ref. seit Jahren gebraucht) beides zusammen.

(5) Hammes gibt eine auch auf gründliche Literaturstudien begründete (Liste von 437 Arbeiten über N.) Darstellung der Geschichte der Entwicklung und des heutigen Standes der chirurgischen Betäubung.

(6 bis 9) Mehrere Autoren besprechen die Apparate zur Narkose, wobei die Vorzüge des Roth-Drägerschen Apparates (Äther oder Chloroform, oder beides zusammen, genau meßbar mit Sauerstoff) hervorgehoben werden.

(10, 11) Auch die alte, längst abgetane Äthernarkose per rectum ist wieder „erfunden“ und wird von Vidal und Stucky empfohlen.

Die Skopolaminmorphinnarkose nach Schneiderlin und Korff hat viele Bearbeiter gefunden, von denen Ref. hier nur einige nennen kann.

(16) Die Erfahrungen Hocheisens in der Charité sind nicht günstig; als Einleitung zur Narkose mag das Mittel gebraucht werden; soll es aber allein dafür genügen, dann ist es gefährlich und, wie Korffs (14) Mitteilung beweist, auch sehr kompliziert und zeitraubend. Wie man dazu kommen kann, Skopolamin-Morphin mit der Lumbalanästhesie zu kombinieren (Busse 19, Peukert 20), ist dem Ref. unverständlich.

A. K.

(21) Nach Blos und Korff wird das Maximum des Effekts durch dreimalige Injektion von 0,003 Scopolamin hydrobrom. und 0,01 Morph. sulph., und zwar $2^1/_2$, $1^1/_2$ und $^1/_2$ Stunde vor der Operation erreicht.

Man kann auch die 3. Injektion auf dem Operationstisch selbst geben. Ist danach die Anästhesie nicht vollkommen, so kann sie mit ganz wenig Chloroform herbeigeführt und beliebig lange unterhalten werden. In der Augenpraxis genügen zwei Injektionen und Einträufelung von etwas Cocaïn.

(22) Whitacre zieht aus der Analyse von 14 in der Narkose erfolgten Todesfällen und aus Tierversuchen den Schluß, daß diese Art der Narkose als gefahrvoll anzusehen ist. Namentlich verurteilt er die Sk.-Morph. Narkose allein, und will höchstens eine Injektion zwei Stunden vor der Operation und vor der Chloroformierung zulassen. Auf 2400 Sk.-Morph. Narkosen kamen vier Todesfälle an Herzlähmung. Bei Tieren ließ sich nach mehrfacher Anwendung fettige Entartung der Leber und Nieren nachweisen.

(23) Die sehr ausführliche Studie kommt zu dem Ergebnis, daß die Skopolamin-Morphiumnarkose ein außerordentlicher Fortschritt ist. Die Arbeit erwähnt 2145 Fälle aus der Literatur; darunter 20 mit tödlichem Ausgange. Nur vier von letzteren werden mit der Art der Narkose in Zusammenhang gebracht. Am Schluß wird die gesamte bis zum Erscheinen des Aufsatzes erwachsene Literatur zusammengestellt.

(24) Verf. unterwirft die bisherigen Mitteilungen über die Skopolamin-Morphiumnarkose einer kritischen Erörterung, die ihn zu folgenden Schlüssen führt: Die Unterdrückung des Erbrechens, die Verminderung der Kongestion zu den Bronchien, die Möglichkeit der Verringerung der Chloroformgabe sind Vorzüge. Sie dürfen uns indes nicht darüber täuschen, daß die Methode zur Zeit noch als unsicher und gefährlich angesehen werden muß. Herz und Sympathikus werden stark mitgenommen. Idiosynkrasien sind nicht vorher zu erkennen, kommen aber vor und machen den Effekt der Injektion unberechenbar, wie schon bei einer Dosis von 1 mg gesehen wurde. Wie bei der Lumbalanästhesie ist auch bei der Sk. Injektion die einmal ausgelöste Wirkung nicht aufzuhalten und der Arzt steht alarmierenden Symptomen gegenüber, ohne ihre Ursache entfernen zu können.

(25) Die Partie des Gesichtes, an der operiert werden soll, wird aseptisch gereinigt und mit einer gefensterten, dichten Kompresse bedeckt, deren Öffnung das Operationsfeld frei läßt. Der Assistent träufelt das Chloroform direkt auf die Kompresse möglichst an die Stelle des Mundes. Die Haut ist vorher durch Vaseline vor dem unmittelbaren Einfluß des Chloroforms geschützt. Verf. hat nach dieser Methode an Stirn, Augen und Kiefern operiert. Ktg.

Die nun folgenden Arbeiten (26 bis 40) enthalten Mitteilungen über die Lumbalanästhesie. Voran Sonnenburg (26), der das Verfahren warm empfiehlt, auch — wie Ref. glaubt, sehr mit Unrecht — für die Kriegschirurgie. Die übrige Liste bildet eine (lange nicht vollständige) Zusammenstellung schlimmer Ereignisse und Folgen bei und nach dieser Art der Anästhesie, die mindestens beweist, daß man recht oft auf Wirkungen dieser Art gefaßt sein muß, denen man vollkommen machtlos gegenübersteht. Diese Folgen einfach der mangelnden Übung zuzuschreiben, ist ebenso bequem wie verkehrt; auch der Geübteste hat sie erfahren, und wie viele Opfer müßten dann geliefert werden, bis alle Ärzte sich diese „Übung“ angeeignet hätten? A. K.

(39) In 11 Fällen benutzte Verf. Einspritzungen von 5 bis 10 cg. 5 pCt. Stovainlösung zur Spinalanalgesie. In zwei Fällen war die Wir-

kung so gering, daß er Chloroformnarkose anwenden mußte; im übrigen aber auch in bezug auf das Allgemeinbefinden sehr zufriedenstellend.
Msr.

(40) Verf. hat in 79 Fällen teils in Militärlazaretten, teils in Zivilkrankenhäusern die Spinalanästhesierung mit gutem Erfolge vorgenommen. Er gebrauchte dazu Tropacocainum hydrochloricum und machte die Injektionen zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel neben dem unteren Rande des processus spinosus des 3. Wirbels in der bekannten Weise. 10 Abbildungen erläutern sein Verfahren. Großheim.

b. Chirurgische Erkrankungen der einzelnen Körpergegenden.

1. Kopf, Hals und Wirbelsäule.

1) Lair. Fracture du crâne. Trépanation, transport dix heures en montagne deux jours après. Guérison. A. M. et Ph. m. Febr. — 2) Bryan. W. A. Diagnosis of fracture of the skull. Am. J. of S. Nr. 7. (Verwertung einzelner Symptome für die Erkennung eines Schädelbruches, gute Zusammenstellung.) — 3) Brewitt. Untersuchungen über die Spätresultate nach komplizierten Schädelbrüchen. A. kl. Ch. Bd. 79, Heft. 1. — 4) Starr. Gegenwärtiger Stand der Hirnchirurgie. J. of. Amer. Assoc., S. 12. — 5) Gelinsky. Psychische Störungen bei Stirnhirnverletzungen. Veröff. Mil. San. Wesens, Heft 35. — 6) Krönlein. Hirnchirurg. Mitteilungen. A. kl. Ch. Bd. 81. — 7) Enderlen. Traumatisches extradurales Hämatom. D. Z. Ch. Bd. 85. — 8) Connell. Der freie Intervall bei Meningealblutungen. Surg., Gyn. und Obstetr. Nr. 3. — 9) Borchardt. Zur Technik der Trepanation. C. Ch. Nr. 38. — 10) Horsley. Technik der Hirnchirurgie. B. m. J. 25. August. — 11) Vollbrecht. Kasuistische Mitteilungen über Schädelverletzungen. Veröff. Mil. San. Wesen. Heft 35. — 12) Enslin. Die Schußverletzungen des Sehorgans. v. Leuthold-Gedenkschr. Bd. II. — 13) Kredel. Über Blutleere der Galea bei Schädeloperationen. C. Ch. Nr. 43. — 14) Masland. On the use of the Masland saw for opening the cranial vault. A. of S. August. — 15) Borchard. Über die osteoplastische Deckung von Schädeldefekten nach Durante-von Hacker. Chir. Congr. — 16) Blecher. Über die heteroplastische Deckung von Schädeldefekten mit Zelluloid. D. Z. f. Ch. Bd. 82, S. 134. — 17) Beck, C. Über eine neue Methode zur Deckung von Schädeldefekten. A. kl. Ch. Bd. 80, Heft 1. und An. of S. August. — 18) Viannay, C. Les causes de la mort brusque dans les abcès latéropharyngiens. Prov. méd. Nr. 4 (Betont die Gefahren bei tiefen Halsabszessen durch Rekurrens und Vagus). — 19) Braun. Operativ behandelter Fall von Rückenmarksschuß nebst dazu ausgeführten Tierversuchen. Chir. Congr. — 20) Krause. Schußverletzungen des Gehirns und Rückenmarks. Berl. med. Gesellsch. 16. Mai. — 21) Rosati, T. e Candido, G. Frattura del Cranio con introflessione di frammento osseo. Craniectomia d'urgenza. Guarizione. An. m. n. 1906 I, 1. — 22) Salinari, S. Contributo anatomico e clinico allo studio delle fracture et delle lesioni meningo-encefaliche della base del cranio. G. M. 1906, 9.

(1) Der von Lair mitgeteilte Fall ist dadurch interessant, daß ein Kranker mit schwerer Schädelverletzung, bei dem Trepanation, Entfernung

von Splittern und Blutgerinnseln gemacht werden mußte, schon nach zwei Tagen einen zehnstündigen Transport im Gebirge ohne Nachteil ertrug.

(3) Brewitt kommt auf Grund sorgfältiger Untersuchung von 72 offenen Schädelbrüchen, ihrer Behandlung, ihres Verlaufes und ihrer Spätresultate zu einer Empfehlung des knöchernen Verschlusses frischer (und aseptischer) Schädeldefekte (gegen Kocher).

(11) Zu ganz ähnlichen Folgerungen kommt Vollbrecht, der 130 Schädelverletzungen aus unseren Friedens-Sanitätsberichten daraufhin untersuchte.

(5) Kopfverletzungen mit Herdsymptomen sind in großer Zahl mitgeteilt; hier sei auf Gelinsky, der nach Stirnhirnverletzung ganz unmotivierte Fröhlichkeit, Änderung des ganzen Benehmens gegen früher beobachtete, und Krönlein (6), der u. a. einen Fall von Jacksonschen Krämpfen durch Entfernung eines subduralen Hämatoms zur Heilung brachte.

(7) Enderlen bespricht die Diagnose des extraduralen Hämatoms und besonders ausführlich die kollaterale Hemiplegie, für die er vier Fälle aus der Baseler Klinik anführt. Der Wert der einzelnen Symptome für Prognose und Behandlung wird auf Grund eingehender Literaturstudien erklärt.

(9) Borchards Instrument gräbt eine Furche in den Knochen, deren Tiefe ganz genau zu bestimmen ist. Bei gleichmäßiger Dicke des Knochens an der Trepanationsstelle ist dabei eine Verletzung der Dura ganz ausgeschlossen.

(13) Kredel empfiehlt zur Verhütung der Blutung beim Schnitt durch die weichen Schädeldecken eine Art Balkennaht $1^1/_2$ cm von der Inzisionslinie entfernt. (Ref. hat immer mit bestem Erfolge einen einfachen Gummischlauch um den Kopf — Hinterhauptshöcker, dicht über den Ohren, Nasenwurzel — herumgelegt).

(14) Auch Masland beschäftigt sich mit der Technik der Trepanation; er empfiehlt dazu „seine" Säge (s. Abbildung), eine elektrische Kreissäge mit Tutor und kräftigem Handgriff.

(15) Wo bei Schädeldefekten die Bedeckung durch Reimplantation oder die König-Müllersche Plastik nicht möglich ist, empfiehlt Borchard die Deckung durch unter der Haut verschobene gestielte Periostknochenlappen Bedingung des Erfolges ist die Möglichkeit einer exakten Hautnaht.

(16) Die Arbeit Blechers, der einen großen Schädeldefekt mit bestem Erfolge durch eine Zelluloidplatte deckte, enthält eine sehr gute Zusammenstellung der bisherigen Mitteilungen über dieses Verfahren.

(17) Beck empfiehlt, um Verwachsungen des implantierten Knochens mit dem Gehirn zu vermeiden, die Unterschiebung eines Lappens, der aus der Schläfenfascie, dem Schläfenmuskel und dem Periost besteht; die Haut darüber wird vernäht.

(19) Braun beobachtete bei einer Laminectomie wegen Wirbelschuß, wobei die 5 mm-Kugel aus dem Mark selbst entfernt wurde, ein langsames Nachlassen der Lähmungserscheinungen. Der Kranke war ein 15 Jahre alter Knabe; die Operation war fünf Wochen nach der Verletzung gemacht. Beobachtungszeit: beinahe zwei Jahre. A. K.

(21) Ein Soldat erhielt einen Hufschlag, der eine Fraktur des Stirnbeins mit Einbiegung eines etwa 2 cm breiten Fragmentes zur Folge hatte. Shock, Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Cheine-Stokes, Craniectomie, starke

Blutung. Tonisch-klonische Konvulsionen ex anaemia cerebrali und Delirien. Am zweiten Tage Wiederkehr des Bewußtseins, am 8. nach Heilung der Wunde noch Kopfschmerz und Schwindel. Vier Monate später vollkommene Heilung.

(22) Kasuistik über Basisfrakturen und Verletzungen mit Bewertung der Früh- und Spätoperation; Verf. warnt vor jener und empfiehlt Vorsicht bei letzterer. Msr.

2. Brust.

1) Pfeiffer, O. Über allgemeines interstitielles Emphysem. B. kl. Ch. Bd. 50, Heft 1. — 2) Haim, E. Über penetrierende Thoraxverletzungen. D. Z. Ch. Bd. 79, S. 269. — 3) Poenaru-Caplescu. Beiträge zum Studium der thoraco-abdominalen Wunden. Revista de chir. Febr. (Stellt 50 Fälle, darunter 4 eigene, zusammen. Bei abwartender Behandlung ist die Prognose sehr schlecht; nur ein radikales Vorgehen kann helfen. Beschreibung der Technik). — 4) Juter, J. A. Über die operative Behandlung von Zwerchfellwunden. B. kl. Ch. Bd. 47, S. 403. (Nicht bei jeder tiefen Verletzung der linken Brustseite ist neben der Thoracotomie auch eine Laparotomie notwendig.) — 5) Geißler. Zur Behandlung des Pleura-Empyems. D. m. Z. Nr. 12. — 6) Braun. Behandlung des Pleura-Empyems. D. m. W. Nr. 14. — 7) Goebel. Über Therakoplastik. Ebenda Nr. 45. — 8) Dreesmann. Saugbehandlung des Empyems. M. Kl. Nr. 32. — 9) Dolcetti. Ein Fall von Herznaht. C. Ch. Nr. 20. — 10) Goebell. Über Herzschußverletzungen. Chir. Kongr. — 11) Wendel. Zur Chirurgie des Herzens. Ebenda. — 12) Soltau. Über Herzverletzungen und Herznaht. Ebenda. — 13) Momburg. Die Symptomatologie und Diagnostik der perkutanen Herzverletzung. D. Z. Ch. Bd. 82, S. 564. — 14) Neuhaus. Zur Frage der Herzverletzungen. V. Mil. San. W. Heft 35. — 15) Wilms. Die Freilegung des Herzens bei Herzverletzungen. C. Ch. Nr. 30. — 16) Derselbe. Herzschuß. D. m. W. S. 1722. — 17) Travers. Suture of perforation wound of the heart, death on the 11. day. L. 15. Sept. — 18) Mauclaire et Zésas. Le massage direct du coeur dans le collapsus chloroformique. A. intern. de chir. Bd. III. Heft 1. — 19) Rochard. Plaies du coeur et massage du coeur. De l'emploi de ce dernier moyen dans les syncopes anésthesiques. Bull. de therap., Aug. u. Sept. — 20) Qeen. Über Herzmassage. L. 22. Dez. — 21) Lenormant. Le bilan actuel de la suture des plaies du coeur. J. m. B., Nr. 39.

(1) Pfeiffers Bericht haben wir erwähnt, weil das ausgedehnte Emphysem nach einem Lungenschuß aufgetreten war und durch eine Reihe von Röntgenbildern in seiner Verbreitung demonstriert wurde.

(2) Haim hat 407 Brustkorbverletzungen zusammengestellt, von denen 49 die Pleurahöhle eröffnet hatten (48 M. u. 1 W.); merkwürdigerweise ist darunter nur eine Schußverletzung. Symptome, Komplikationen, Behandlung und einige besonders schwere Fälle werden ausführlich erörtert.

(6) Braun gibt eine klare und übersichtliche Darstellung des Empyems, seiner Ätiologie, seiner verschiedenen Formen und Komplikationen sowie der noch verschiedeneren Behandlungsmethoden; er empfiehlt als Regel die Therakotomie mit Rippenresektion.

(7) Goebel spricht speziell von der Operation bei alten Empyemen und Lungenfisteln und hat in mehreren Fällen mit Erfolg die nach

Resektion bleibenden Höhlen durch die von der Haut abgelösten Muskellappen gedeckt.

Über Herzchirurgie wurden auf dem Chirurgenkongreß mehrere interessante Mitteilungen gemacht.

(9) In Dolcettis Falle war der rechte Ventrikel angestochen und die Pleura eröffnet. Herznaht, Tamponade der Pleura. Tod nach 8 Tagen an eitriger Mediastinitis.

(10) Goebell heilte einen Rinnenschuß des linken Ventrikels durch Naht mit Catgut; Herzbeutel und Pleura wurde für $^1/_2$ Tag drainiert.

(11) Wendell mußte auf dem Lande, unter höchst primitiven Verhältnissen, bei einer Stichverletzung des linken Ventrikels eingreifen, bei dem allerdings die Pleura nicht verletzt war. Heilung.

(12) Soltau berichtete über 2 Fälle von Stichverletzung des linken Ventrikels, bei dem ersten wurde Heilung erzielt, der zweite starb an einer Blutung aus der Mammaria interna. — An diese Vorträge schloß sich eine lebhafte Diskussion, an der sich Brackel, Borchardt, Jaffé und v. Zawadski beteiligten.

(13) Momburg, der die Brustverletzungen schon mehrfach bearbeitet hat, bespricht die Schwierigkeiten der genauen Diagnose einer Herzverletzung; ein operativer Eingriff ist schon bei begründetem Verdachte nötig, kann aber nur von einem geübten Chirurgen ausgeführt werden. Diesem den Verwundeten so schnell wie möglich zuzuführen, ist deshalb wesentlich für den Erfolg; der Transport schadet diesen Verletzten nicht.

(14) Neuhaus beschreibt einen Brustschuß, bei dem durch Röntgenbilder (s. d.) ein spontanes Zurückgehen beträchtlicher Blutergüsse in Herzbeutel und Pleura trotz zeitweise sehr bedrohlicher Erscheinungen nachgewiesen wurde. Die Kugel saß vor dem 8. Brustwirbel. N. konnte die Resorption des Blutes im Herzbeutel auch experimentell an Hunden nachweisen.

(15, 16) Wilms empfiehlt zur besseren Freilegung des Herzens einen größeren Intercostalschnitt, wie er ihn in einem Falle von vollständiger Durchbohrung des linken Herzens zur Naht des Ein- und Ausschusses mit Erfolg anwandte.

(17) In Travers Falle trat 11 Tage nach der Herznaht der Tod an Herztamponade trotz freier Drainierung des Herzbeutels ein. Bei der Operation zeigte sich, daß die große Wunde im linken Ventrikel durch ein Knochenstück (vom Brustbein) so verlegt war, daß es nur wenig blutete.

(18 bis 20) Über die Resultate der recht häufigen Versuche, das stillstehende Herz besonders bei Synkope in der Narkose durch direkte Manipulationen, die sogen. Herzmassage wieder zur Tätigkeit zu bringen, ist wenig Erfreuliches zu sagen. Die wenigen Fälle, bei denen es für einige Zeit und die noch selteneren, bei denen es auf die Dauer gelang, sind nicht beweisend genug. Die besten Erfolge scheint das Verfahren zu haben, bei dem nach Laparotomie die in die Bauchhöhle eingeführte Hand Zwerchfell und Herz von hinten her gegen das Brustbein drückt, während die Massage des freigelegten Herzens von vorn oder von unten (nach Ablösung des Zwerchfells) an sich sehr bedenkliche Eingriffe sind.

A. K.

(21) Verf. stellt 128 Fälle von Herznaht zusammen, von denen 81 starben, 47 geheilt wurden = 36,7 pCt. Darunter waren 107 Stich-, 15 Schußwunden, von jenen 34,5, von diesen 46,6 pCt. geheilt. Der

linke Ventrikel war 58, der rechte 49mal getroffen; die übrigen entfallen auf die Spitze und die Herzohren. Die Verletzungen des dickwandigen linken Ventrikels bluten weniger als die des rechten, daher bieten jene doppelt so viele Heilungen. Nur 5 unter den 128 Verletzungen perforierten die Herzwand nicht. Von den 81 tödlichen Fällen wurde bei 74 die Todesursache angegeben. Darunter figurierten 37mal Infektion des Perikards oder der Pleura, 30mal die Höhe des Blutverlustes. Die Infektion wurde durch die Drainage der Wunde entschieden begünstigt; unter 65 so behandelten waren 40 Tote, davon 32 der Infektion erlagen.

Ein Literaturverzeichnis der bisher bekanntgewordenen Kasuistik schließt die interessante Abhandlung. Ktg.

3. Bauch.

1) Doebbelin. Vier seltene operative Fälle. D. m. Z. Nr. 11. — 2) Imbert. Über penetrierende Bauchwunden. Mars méd. 1. Mai. — 3) Coste. Entstehung der Peritonitis nach Bauchkontusionen. D. m. Z. Nr. 12. — 4) Stern und Dolaw. Unterleibsverletzungen durch stumpfe Gewalt. B. kl. W. Nr. 5. — 5) Hubbard. Über Bauchkontusionen. Boston J. 25. Jan. — 6) Schmidt. Indikationen zur Laparotomie bei Bauchkontusionen. D. m. W. S. 1782. — 7) Hertle. Stumpfe Verletzung des Darmes und des Mesenteriums. B. kl. Ch. Bd. 53, Heft 2. — 8) Meerwein. Dünndarmverletzung durch stumpfe Gewalt. Ebenda. — 9) Riedel, A. Zur weiteren Kasuistik der Bauchkontusionen. M. m. W. Nr. 9. — 10) Federschmidt. Zur Kasuistik und Therapie der Darmruptur durch stumpfe Gewalt. Ebenda Nr. 12. — 11) Neuhaus. Bauchkontusion. Mil. ärztl. Gesellsch. Dez. — 12) Iden. Penetrating gunshot wound of the abdomen. N. Y. Rec. 18. Nov. 1905 — 13) Oettingen, v. Bauchchirurgie im Kriege. Chir. Kongr. — 14) Brentano. Erfahrungen über Bauchschußwunden. D. m. W. Nr. 14. — 15) Pieri. Penetrierender Bauchschuß; 15 Darmwunden. Operation, Heilung. B. de Ch. Bd. 32, S. 242. — 16) Klett. Schußverletzung der Leber durch Platzpatrone. D. m. Z. Nr. 2. — 17) Rommeler. Schußverletzungen der Leber. Inaug. Diss. Berlin. — 18) Küster. Die Silberdrahtnaht als perkutane Tiefennaht. Ch. Bespr. — 19) Torggler. Die Zweifadennaht. W. kl. W. Nr. 26. — 20) Marcy. Verschluß aseptischer Wunden, besonders des Abdomen. J. of Amer. Assoc. Nr. 26. — 21) Jgonet. Drainage nach Laparotomie. Thèse. de Lyon. — 22) Amberger. Postoperative Bauchbrüche. B. kl. Ch. Bd. 48. (Schnittrichtung!) — 23) Kokey. Transverse incision in abdominal operations. N. Y. Rec. 11. Nov. 1905. (Besonders bei Operationen an der unteren Bauchhälfte liegt die Narbe beim Querschnitt in der Faltrichtung der Haut.) — 24) Noble. Overlapping the aponeurosis in the closure of wounds of the abdominal wall. An. of S. Nr. 3. — 25) zur Verth. Chirurgische Indikationsstellung der appendizitischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung militärischer Verhältnisse. — 26) Eichel, Th. Zwei Stichverletzungen der Zwerchfells. D. m. W. Nr. 39. — 27) Saughan. Gunshot wounds of the abdomen — a review of 14 cases — with the mortality and treatment. J. a. m. s. Aug. S. 150.

(1) Doebbelin berichtet u. a. über einen Doppelschuß mit dem neuen S-Geschoß aus der Nähe Zwerchfell, Leber und Becken waren verletzt, der Darm intakt. Zwerchfellnaht und Tamponade. Heilung.

(6) Schmidt teilt 4 schwere Bauchquetschungen aus dem Leipziger Garnisonlazarett mit (3 Hufschläge) und knüpft daran eine Besprechung der einzelnen Symptome und ihres Wertes für die Indikationsstellung zur Laparotomie. Die Bauchdeckenspannung und der Druckschmerz erfordern, wenn sie nicht schnell zurückgehen, immer die Operation.

(9) Riedel brachte einen Fall von Hufschlag mit mehrfachem Darmriß nach Laparotomie und Darmnaht zur Heilung, obwohl er die Operation auf dem Lande unter sehr ungünstigen Verhältnissen ausführen mußte.

(10) Federschmidt beschreibt 5 Eälle von Darmruptur durch stumpfe Gewalt; er kommt zu dem Schlusse, daß der Shock auch bei schweren inneren Verletzungen vollkommen fehlen kann und daß er hauptsächlich da auftritt, wo die Gewalt mit breiter Fläche aufgetroffen hat.

(12) In Idens Falle, wo 4 Stunden nach einem Bauchschusse operiert wurde, mußten 19 Dünndarmwunden und mehrere Löcher im Mesenterium versorgt werden. Heiße Kochsalzlösung zur Ausspülung; vollständige Bauchnaht; Heilung.

(13) Nach v. Öttingen sollte man bei Bauchschüssen durch das kleinkalibrige Mantelgeschoß nur bei Gefahr innerer Verblutung primär laparotomieren. Auch er warnt vor frühzeitigem Transport dieser Verletzten.

(14) Brentano fand, daß alle Bauchschüsse, die operiert und dann transportiert waren, starben und will deshalb jeden Transport dieser Verletzten verbieten.

(15) Bei den von Pieri operierten Kranken hatte der Schuß den Bauch von hinten (Kreuzbein) nach vorn durchbohrt. Operation nach 5 Stunden; 15 Darmoperationen. Nach Naht und Säuberung der Bauchhöhle Verschluß der Wunden ohne Drainage. Heilung.

(18 bis 24) Die übrigen oben genannten Autoren beschäftigen sich mit der Technik bei Laparotomien, mit der Schnittrichtung und der Art des Nähens, beides zu dem Zwecke, eine feste widerstandsfähige Narbe zu bekommen und die Bildung von Bauchbrüchen zu vermeiden. Auf die verschiedenen z. T. sehr beherzigenswerten Vorschläge können wir des Raumes wegen hier nicht eingehen. A. K.

(25) zur Verth unterscheidet zwischen schweren und leichten Fällen, erstere sind frühzeitig zu operieren, letztere konservativ zu behandeln. Die Entscheidung, ob besser baldigst operiert oder konservativ behandelt wird, ist aber auch von äußeren Umständen abhängig, von der Fähigkeit des Operateurs, der Lazarettausstattung usw. Die Intervalloperation empfiehlt er nach jedem ausgesprochenen Anfall. B.

(27) Von 14 mit Schußwunden des Unterleibs zugegangenen Verletzten wurden 12 in den ersten 24 Stunden nach der Verletzung operiert, 1 wurde später, 1 garnicht operiert. 9 Patienten starben und zwar 6 an Verblutung, 1 Peritonitis, 1 an Erschöpfung, 1 an Shock oder in Folge des angewandten Anästhetikums. Die einzelnen Fälle werden nach allgemeineren Bemerkungen über die Behandlung und den Ausgang von Unterleibsschußwunden genauer beschrieben. Großheim.

4. Gliedmaßen.

1) Kirchner, A. Zusammenstellung und Erörterung eigener und fremder Erfahrungen über Mittelfußbrüche (Schwellfuß). Schmidts Jahrb. Bd. 291. — 2) Derselbe. Welches ist der gefährlichste Moment für die Entstehung eines Mittelfußknochenbruchs beim Gehen? D. m. W. Nr. 28. —

3) Christofidis. Über die Behandlung größerer Knochendefekte. Inaug. Dissert. Berlin. — 4) Beck, C. The modern treatment of fractures. M. r. 24. März. — 5) Colmers, Er. Erfahrungen über die Therapie bei Schußfrakturen der Extremitäten. A. kl. Ch. Bd. 79, Heft 4. — 6) Loison. Aneurysme traumatique de l'artère axillaire. S. m. S. 238. (Revolverschuß; weil die Exstirpation unmöglich war, wurde zentral und peripher unterbunden. Heilung bis auf Lähmungserscheinungen im Gebiete des Medianus und Radialis). — 7) Young, A. Gunshot wounds of peripheral nerves. Offic. report on the S. A. war. — 8) Henle. Über Schußverletzungen der peripherischen Nerven. A. kl. Ch. Bd. 79, Heft 4. — 9) Anderson. The operativ treatment of fractures, introducing some original methods of bone-union by simple mechanical means. J. M. C. VI. 3. — 10) Lützhoft, F. Om Fractura ossis navicularis carpi og naerstaaende Laesioner. Mltl. 1904, 4. — 11) Gerundo, G. Considerazioni cliniche sulla un caso di frattura comminutiva di rotula. G. m., 10. — 12) Fossataro, E. La cura delle lussazioni inveterati irriducibili dell' anca, corredata da nuove ricerche sulle lussazioni coxo-femorali sperimentali e sulla interposizione di lanime di magnesio nell' articolazione dell'anca. An. m. n., II, 1 bis 3. — 13) Jevers. Riders sprain. J. M. C. VII, 2.

(1, 2) Kirchners bekannte Arbeiten über den jeden Militärarzt interessierenden „Schwellfuß", besonders die Zusammenstellung in Schmidts Jahrbüchern geben eine vollständige Darstellung dieses durch die Röntgenstrahlen eigentlich erst klar gewordenen Leidens.

(3) Die Dissertation von Christofidis bringt eine gute Übersicht über die verschiedenen Verfahren, größere Knochendefekte zur Heilung zu bringen.

(4) Dasselbe gilt von Becks Arbeit über die heute üblichen Behandlungsmethoden der Knochenbrüche; wir müssen es uns hier versagen, auf Einzelheiten näher einzugehen.

(5) Colmers kommt auf Grund seiner Erfahrungen in der Mandschurei zu dem Schlusse, daß man sich bei Schußfrakturen zuerst auf gute Fixation und einfachen aseptischen Verband (v. Bergmann) beschränkt. Verbandwechsel und operative Eingriffe sind erst dann berechtigt, wenn die Verwundeten in stationäre Anstalten gebracht sind und keinen Transport mehr auszuhalten haben.

(7, 8) Von den beiden Arbeiten über Verletzungen peripherischer Nerven beruht die eine (Henle) auf Erfahrungen in Japan und die andere (Young) auf dem südafrikanischen Krieg; Henle beobachtete 36, Young 16 Fälle dieser Art, die mit Neuralgien oder Lähmungen oder mit beiden verbunden waren und die verschiedensten Eingriffe nötig machten. In der großen Mehrzahl der Fälle waren es Schußverletzungen. A. K.

(10) Bei der Unbestimmtheit der Symptome einer Fraktura bzw. Luxatio ossis navicularis carpi kann nur die Röntgenaufnahme entscheiden, wie Verf. an mehreren instruktiven Fällen nachweist. Ursache: Fall auf die Hand; eine knöcherne Vereinigung schwer zu erreichen. Die Verletzung verdient Beachtung, weil oft mit einfacher Distorsion verwechselt.

(11) Einem Soldaten ward durch Hufschlag die Kniescheibe in drei Stücke zertrümmert. Großes Hämatom. Ausräumung, Cerclage und Sutur. Heilung in 20 Tagen. Kritische Besprechung der Behandlungsmethoden.

(12) Eine ausführliche kritische Darstellung der Behandlungsarten nicht reduzierbarer veralteter Hüftgelenksluxationen einschließlich der neuesten Untersuchungen über experimentelle luxatio coxo-femoralis und die Interposition von Magnesiumplatten in das Hüftgelenk. Msr.

(13) Es handelt sich um Zerrung bzw. Zerreißung des M. adductor longus und seiner Faszie und Sehne. Beschreibung der Symptome und Therapie. Neuburger.

c. Verletzungen durch Kriegswaffen.

1) Bonnette. Deformations et fragmentations des balles de guerre dans les tirs de combat collectifs. Influence du terrain sur ces déformations. A. M. et Ph. m. Mai. — 2) Kranzfelder u. Örtel. Zur kriegschirurgischen Bedeutung der neuen Deutschen Infanterie-Munition. D. m. W. Nr. 13. — 3) Mathieu et Laval. Les déformations de la nouvelle balle française. D. G. des hôps. Nr. 10. — 4) Laval. La nouvelle balle S du fusil allemand. Le Cad. Nr. 2. — 5) Matignon. La grenade à mains de l'armée japonaise. Le Cad. S. 132. — 6) Stavenhagen. Die Handgranate. Zeitschr. für das Schieß- und Sprengwesen Nr. 5. — 7) v. Oettingen, W. Indikationen beim Schädelschuß im Kriege. A. kl. Ch. Bd. 81. — 8) Hildebrandt. Die Prognose und Therapie der Schädelverletzungen durch die modernen Kriegsfeuerwaffen. B. kl. W. Nr. 13. — 9) Maffre. Plaie pénétrante de poitrine par coup de carabine à blanc. Mort par tétanos. A. M. et Ph. m. Mai. — 10) Zoege von Manteuffel. Gefäßverletzungen im Kriege 1905/06. A. kl. Ch. Bd. 81. — 11) Brentano. Erfahrungen über Bauchschußwunden. D. m. W. Nr. 14. — 12) Nilson. Bajonettwunde als Pfählung. Hygiea Nr. 2. — 13) Köhler. H. Säbelhiebverletzungen im Felde. Dissert. Berlin. — 14) Freund. Einige seltene Friedensschußverletzungen. W. m. W., Nr. 12 bis 14. — 15) Cheval. De la puissance meurtrière des projectiles actuels. J. m. B., Nr. 9. — 16) Rouvillois und Thévenot. De l'influence du bout portant sur la force de pénétration des projectiles. J. m. B., Nr. 1. — 17) Jacob. Fractures par armes à feu de guerre. La Clinique vom 25. 5. u. 22. 6. Ref. von Laval in Cad., Nr. 15. — 18) Halter, J. Schußverletzungen im Frieden. D. Z. Ch. Bd. 81, Heft 2 bis 4 nach D. m. W., Heft 11. — 19) v. Bergmann, E. Schußverletzungen im Frieden. G. R. v. L. Bd. II. — 20) Kettner. Kleinkaliber-Schußverletzungen. B. kl. W., Nr. 28. — 21) Pawlowski, A. Schußverletzungen mit kleinkalibrigen Kugeln im russisch-japanischen Kriege. 1904/05. Russk. Wratsch, Nr. 22 nach D. m. W., Nr. 30. — 22) Rosenstein, G. Über Revolver-Schußverletzungen der Wirbelsäule im Frieden. Inaug. Diss. Berl. nach D. m. W., Nr. 49. — 23) v. Behm. Schußverletzung der Kieferhöhle. M. m. W., Nr. 13. — 24) Kratter. Seltene Schußverletzung. Vierteljahrschr. f. pr. Med. Bd. XXXI, Heft 2 nach D. m. W., Nr. 16. — 25) Hemme, Friedrich. Über das Steckenbleiben und Einheilen von direkten und indirekten Geschossen im menschlichen Körper. Inaug. Diss. Berl. nach D. m. W., Nr. 49. — 26) Kikuzi. Traumatische Aneurysmen bei Schußwunden. v. Bruns Beitr. z. kl. Chir. Bd. L, Heft 1, D. m. W., Nr. 32. — 27) Brentano, A. Erfahrungen über Gelenkschüsse aus dem russisch-japanischen Kriege. M. m. W., Nr. 14.

Eine große Zahl von Verletzungen durch Kriegswaffen ist schon in den früheren Abschnitten besprochen und über viele andere (z. B. Kranzfelder und Oertel (2), Mathieu und Laval, G. Schmidt u. a.) ist in dieser Zeitschrift referiert. Von den Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege und den maßgebenden Arbeiten von Zoege-Manteuffel, Brentano, Colmar, v. Oettingen, Schaefer, Borchert, Kettner u. a. gilt dasselbe (z. B. D. m. Z. Heft 7 u. 8). Diese Arbeiten sind deshalb hier nicht noch einmal aufgeführt.

Interessant sind die Mitteilungen Matignons (5) und Stavenhagens (6) über die Handgranate, diese uralte Schußwaffe für den Nahekampf, die in der Mandschurei wieder eine gefährliche Rolle gespielt haben soll.

v. Oettingen (7) und Hildebrandt (8) kommen auf Grund ihrer Erfahrungen im Kriege zu einer Einschränkung der abwartenden Behandlung bei Schädelschüssen. Die möglichst frühzeitige und gründliche Freilegung, Reinigung, Entfernung von Splittern, Haaren und anderen Fremdkörpern ist wenigstens bei Streifschüssen immer angezeigt, weil sie gewöhnlich weitgehende Absplitterungen hervorrufen.

(9) Maffre berichtet über einen Brustschuß mit Karabiner und Platzpatrone aus großer Nähe. Wegen lebensgefährlicher Blutung wurden in den ersten Tagen mehrere Gelatineeinspritzungen gemacht. Am 7. Tage trat Tetanus hinzu, der schnell zum Tode führte. Die Frage, ob er Folge der Schußverletzung oder Folge der Injektionen war, bleibt ungelöst.

(12) Der Kranke, über den Nilson berichtet, war in ein Bajonett gefallen, das ihm durch das Scrotum, durch die Bauchdecken bis in den Brustkorb eingedrungen war. Trotz dieses weiten Weges war der Verlauf günstig.

(13) Köhler, H. betrachtet die Säbelhiebverletzungen im Kriege, ihre allgemeinen Formen und Folgen und ihre Eigenschaften bei Verletzung der verschiedenen Körperteile und Organe. (Die „Hieb- und Stichwunden im Kriege“ des Ref. hat der Verf. nicht erwähnt). A. K.

(14) Freund beschreibt mehrere mit dem österr.-ungarischen Dienstgewehre in selbstmörderischer Absicht zustande gekommene Schußverletzungen. 1. Einen Brustschuß, der nebst einer Blutinfiltration in das Lungengewebe gleich von Anfang an eine völlige Anästhesie des linken Armes sowie motorische Störung der Arm- und Fingerbewegungen zur Folge hatte nicht durch direkte Nervenverletzung, sondern durch eine Nervenerschütterung im Sinne Küttners. 2. Bei einem Brustschuß trat nach einwöchentlichem glatten Heilungsverlauf eine Nachblutung ein, die zur Infektion des Blutergusses und zur Vereiterung führte. Heilung. 3. Bei zwei Lungenschüssen, die in kurzer Zeit durch Verblutung zum Tode führten, fanden sich, ohne daß diese Leute sich früher je krank gemeldet hatten, ausgedehnte Verwachsungen der verletzten Lunge mit dem Brustkorbe. Dies war wohl in beiden Fällen die Ursache der Verblutung, da sich die Lungen nicht retrahieren konnten. 4. Nach einem Bauchschuß entwickelte sich eine tödlich verlaufende Peritonitis, ohne daß in vivo Symptome einer solchen nachweisbar gewesen waren; der Tod war unter den Zeichen einer schweren inneren Verblutung erfolgt. Man ist zur Annahme genötigt, daß die Intoxikation infolge Resorption septischer Stoffe die Entzündungserscheinungen nicht aufkommen ließ. 5. Eine Eventration des Gehirnes bei einem Kopfschuß mit dem Mannlicherkarabiner. Die ganze, ziemlich unversehrte rechte Großhirnhälfte lag

zwei Schritte von der Leiche entfernt. Ein solcher Befund ist nach Ansicht Tilmanns durch Wirkung der Pulvergase bedingt. Die Verbrennung und Pulverschwärzung der rechten Hand des Selbstmörders weisen darauf hin, daß das Laufende mit der Faust an die Stirn fest angedrückt wurde. Die Pulvergase konnten seitlich nicht leicht entweichen, drangen in die Zertrümmerungshöhle und hoben die rechte Gehirnhälfte ab. Joh. Steiner.

(15) Ch. zieht für die Erklärung der Schußwirkung das Gewicht des Getroffenen heran, d. h. die Masse, in welche man auch die Dichtigkeit bzw. Struktur der Weichteile und Knochen begreifen muß. Speziell die Wirkung auf Knochen soll nicht vom Kaliber abhängen, sondern der lebendigen Kraft proportional und der Masse des Getroffenen umgekehrt proportional sein. Beträgt die Kraft in Kilogrammetern $^1/_{10}$ der Masse, so werden Knochen leicht beschädigt. Bei $^1/_5$ zerbrochen; bei $^1/_1$ mit starker Splitterung; bei 2,5 mit weitreichendem explosiven Effekt. Die vierte Kategorie würde z. B. bei einem Manne von 70 kg Gewicht eine lebendige Kraft von 2,5 Gewicht = 175 km darstellen, welche dem modernen Infanteriegewehr noch auf rund 200 m innewohnt. Im übrigen ist die Einteilung Ch.s seinem Schema zu Liebe gekünstelt; die Arbeit enthält auch hinsichtlich des Kalibers, der Schmelzung des Geschosses usw. längst Widerlegtes.

(16) Die Verf. teilen sieben Revolverschußverletzungen mit, die aus nächster Nähe abgegeben eine geringfügige Wirkung erkennen ließen. Kontrollversuche mit Waffen der benutzten Art zeigten eine sehr viel größere Zerstörung an den beschossenen Leichenteilen. Der Schluß ist naheliegend, daß die Wirkung am Lebenden — meist Selbstmordversuch — durch die schlechte Qualität der Waffe und der Munition, sowie durch schräges Auftreffen des Geschosses abgeschwächt wurde.

(17) Jacob schildert die Typen der Schußfrakturen von Röhrenknochen bei verschiedenen Entfernungen und mit verschiedenen modernen Kalibern. Ktg.

(19) Bericht über 338 Friedensschußverletzungen der letzten zehn Jahre, meist aus 5 und 7 mm Revolver oder Flobert- und Teschinggewehren.

(20) Mitteilung über die im russisch-japanischen Kriege gewonnenen Erfahrungen über die Kleinkaliber-Schußverletzungen.

(21) Die Zahl der Verwundeten und Getöteten ist größer als in den früheren Kriegen. Konservative Behandlung und Aseptik bilden das Prinzip der Feldchirurgie.

(24) Bei der Laparotomie nach einem Schuß gegen den Unterleib wurde weder eine Verletzung noch das Projektil gefunden. Gangrän des linken Beins führte zur Amputation, Cystitis und Pyelonephritis später zum Tode unter urämischen Erscheinungen. Die Obduktion ergab, daß die Kugel in die Aorta abdominalis oberhalb der Teilung in die Iliacae eingedrungen und im Gesäßrohr nach abwärts geglitten war, so daß die linke Art. iliaca communis verlegt wurde.

(26) Kikuzi macht auf die Häufigkeit der Gefäßschußwunden durch die kleinkalibrigen Geschosse aufmerksam und bespricht die Operationsmethode der durch sie entstehenden traumatischen Aneurysmen.

Bearbeiter des Abschnitts III B 3: A. Koehler.

4. Augenkrankheiten.

1) Beck, A. Ein neuer Apparat zur Vornahme von Sehprüfungen. M. m. W. 1906, Nr. 25. — 2) Roth, A. Verwechselungs-Sehproben zum Nachweis der Vortäuschung von Schwachsichtigkeit. Leipzig 1906. Georg Thieme. — 3) Rossow. Undersøgelser angaaende farvesvaghed og farveblindhed. N. T. M. 1906, 6. — 4) Mayweg. Untersuchungsmethoden des Farbensinns. D. m. Z. 1906, S. 442. — 5) Reichborn-Kjennerud. Solstraalernes skadelige virkning paa synet. N. T. M. 1906, 6. — 6) Stefano, S. Applicazione dell' apparecchio Reymond alla pratica medico-legale. An. m. n. 1906 I., 4. — 7) Frachtmann. Zweckmäßigkeit der Verwendung von à double foyer-Brillen bei Offizieren. M. A. 1906, Nr. 6. — 8) Hauenschild. Kalkverätzungen des Auges unter Demonstration eines derartigen Falles. D. m. Z. 1906, S. 608. — 9) Pfalz. Einige praktische Winke über die erste Hilfe bei Augenverletzungen. D. m. Z. 1906, S. 265. — 10) Samperi, G. Due casi di sifilide oculare. G. M. 1906, 3. — 11) Santucci, S. Studio scientifico-pratico sul traumatismi oculari. G. M. 1906, 1—2. — 12) Trombetta, E. Notizie storiche e statistiche sul tracoma. G. M. 1906, 12. — 13) Petella, G. Sull' importanza clinica della diagnosi differenziale fra le granulazioni tracomatose vere e false. An. m. n. 1906 I., 5. — 14) Derselbe. Sulle indicazioni dell' intervento chirurgico (raschiamento e forcipressione) nelle cura del tracoma. An. m. n. 1906 II., 3. — 15) Samperi, G. Nuovo contributo allo studio della conjunctivite folliculare dei soldati di cavalleria. G. M. 1906, 6. — 16) Hoor. Die Trachomprophylaxe im (österr.-ung.) 4. Korps in den Jahren 1888 bis 1894. M. A. 1906, Nr. 7 u. 8. — 17) Schmeichler. Sollen Trachome assentiert werden? M. A. 1906, Nr. 9 u. 10. — 18) Renner. Über Biersche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten. M. m. W. 1906, Nr. 2.

(2) Die Tafeln zeigen Snellensche Haken. Auf einer Tafel steht Nr. 12 bis 5, auf der anderen 13 bis 6. Wenn man die Tafeln nebeneinanderstellt, so stehen je zwei Zeilen in gleicher Höhe, welche auf der einzelnen Tafel einander folgen. Infolge des geringen Größenunterschiedes der Haken werden die Tafeln vom Simulanten verwechselt. Geißler.

(3) Anweisung über eine praktische Benutzung von Nagels Tafeln zur Feststellung von Farbenschwachheit und Farbenblindheit. Msr.

(5) Oft findet man Schwachsichtigkeit ohne Brechungsfehler oder andere nachweisbare Ursachen als Wirkung starken Sonnenlichtes, das besonders in der Schneelandschaft S bis auf $^5/_{10}$ herabdrücken, ja sogar zu einer Combustio retinae führen kann. Msr.

(6) Verf. benutzte die neue Methode mit dem Reymondschen Apparat zur Feststellung der Sensibilität der Retina bei normalen, physisch ermüdeten, epileptischen, hysterischen Individuen sowie bei Simulanten und Dissimulanten mit Erfolg. Msr.

(7) Im presbyopischen Alter stehende Offiziere haben mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen, wenn sie bald auf die Karte, bald wieder in das weite Gelände blicken sollen. Diesem Übelstande wird durch à double foyer-Gläser gut abgeholfen, wie sich Frachtmann bei vielen Offizieren überzeugt hat. Der untere Teil des Glases ist für das Sehen in der Nähe, der obere für den Blick in die Ferne bestimmt. Die neueren Modelle der Bifokalgläser sind sehr vervollkommnet und entsprechen allen Anforderungen. Joh. Steiner.

(12) Historisch-statistische Übersicht über die Verbreitung des Trachoms. Weder der Name Ophthalmia aegyptia, noch der O. militaris ist gerechtfertigt. Verf. fordert strenge Ausschließung von der Einstellung von Rekruten mit Conj. chronica, Verbesserung der hygienischen Zustände im Heere, spezialistische Ausbildung der Militärärzte auf Universitäten und Verkürzung der Dienstzeit(!). Msr.

(13) u. (14) Differentielle Diagnose der trachomatösen, follikulären und papillären hypertrophischen Konjunktivitis, Vorschläge für Prophylaxe und Indikationen für chirurgischen Eingriff durch Raspelung und Zerquetschung. Msr.

(15) Studie über Entwicklung und Ätiologie der Conjunctivitis follicularis vera s. propria, die im Gegensatz zum Trachom auf die Einwirkung von ammoniakalischen Ausdünstungen und Staub in den Ställen der Kavallerie zurückgeführt wird. Msr.

(16) Hoor tritt für die Einstellung Trachomatöser ein, da Trachom heilbar ist und Übertragungen vermieden werden können.

(17) Schmeichler will die Trachomatösen ausschließen, da sie infektiös sind und die erforderlichen Maßnahmen den Dienstbetrieb zu sehr stören.

5. Ohrenkrankheiten.

1) Haßlauer. Bemerkenswerte Fälle aus der Ohrenstation des Garnisonlazaretts München aus dem Berichtsjahr 1904/05. D. m. Z. 1906, Nr. 8 u. 9. — 2) Derselbe. Die Bezoldsche kontinuierliche Tonreihe ein Rechtfertigungsmittel. D. m. Z. 1906, Nr. 11. — 3) Taubert. Erworbener vollkommener Verschluß des äußeren Gehörgangs. D. m. Z. 1906, Nr. 9. — 4) Center. Otitis media and mastoiditis as a sequence of influenza. J. a. m. s. Sept. 1906, S. 251. — 5) Haßlauer. Die Stauungshyperämie bei der Behandlung von Ohreiterungen. M. m. W. 1906, Nr. 34. D. m. Z. 1906, S. 655. — 6) Neumann. Ein einfaches Mittel gegen die Schmerzen bei der akuten Mittelohrentzündung. P. m. W. 1906 v. 7. 4. Ref. A. m. B. 1906, Bd. 27, S. 334. — 7) Andereya. Radikaloperation bei chronischer Mittelohreiterung. D. m. Z. 1906, S. 160. — 8) Conte. Einfluß von Seebädern auf Mittelohrkrankheiten. A. M. et Ph. m. 1906. — Bespr. D. m. Z. 1906, S. 423. — 9) Kulcke. Beurteilung Ohrenkranker für den Militärdienst. D. m. Z. 1906, S. 383. — 10) Quodi und Rosenberg. Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. Berlin 1906. Osk. Coblentz. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 499.

(4) Verf. verbreitet sich über das bekannte Auftreten von Otitis und Mastoiditis bei Influenza und führt 5 selbst beobachtete Fälle an. Großheim.

(6) Verf. legt auf und hinter die Ohrmuschel, sowie über das Ganze Wattekompressen, die mit heißem Bleiwasser getränkt sind. Auch in den äußern Gehörgang wird ein loser Tampon eingeführt, der mit der gleichen Flüssigkeit getränkt ist. Ktg.

6. Zahnpflege.

1) Preiswerk. Lehrbuch und Atlas der zahnärztlichen Technik. Bd. 32, Lehmanns mediz. Atl. München 1906. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 317. — 2) Tüshaus. Anomalien der Zähne. D. m. Z. 1906, S. 653. — 3) Jaehne. Zahnheilkunde in der Armee. D. m. Z. 1906, S. 329.

— 4) Schilling. Die Zahnpflege in der Schule, Armee, Strafanstalt und Krankenkasse. München 1905. Verl. d. ärztl. Rundsch. (Otto Gmelin). Bespr. D. m. Z. 1906, S. 26. — 5) Grigori. Die Zähne der Soldaten. Subowratschebni wjestnik 1905, Nr. 8. Nach R. m. R. 1906, Heft 2. — 6) Les inconvénients du Salol dans l'antisepsie buccale et cutanée. J. m. B. 1906, Nr. 37. — 7) Lewis. Artificielles dentures. J. M. C. VI, 4.

(3) Bei der vorläufig geringen Zahl zahnärztlich ausgebildeter Sanitätsoffiziere und den wenigen zahnärztlichen Stationen — in Sachsen drei — ist es angebracht in Garnisonen mit zahnärztlichen Stationen nur die Unteroffiziere der konservativen Zahnbehandlung zu unterwerfen, und zwar so, daß ihr Gebiß in einem tadellosen Zustand versetzt, resp. in einem solchen erhalten wird. Bei Mannschaften kann zunächst eine konservative Behandlung nur insoweit in Frage kommen, als die Felddienstfähigkeit dadurch erhalten wird, sie weiter auszudehnen liegt vorläufig kein Anlaß vor, zumal die Mannschaften von einer Zahnbehandlung während der Dienstzeit keinen erheblichen und dauernden Vorteil haben, da die in der Dienstzeit plombierten Zähne bald wieder von erkrankten Nachbarzähnen kariös werden würden. Eine konservative Zahnbehandlung für die Mannschaften kommt erst in Frage, wenn sie auch von den Krankenkassen eingeführt wird. B.

(5) Von 1500 Soldaten eines Regiments hatten 1065 Mann kariöse Zähne, in Summe 3015 Stück. Davon saßen 1295 im Oberkiefer, 1720 im Unterkiefer. 764 mal gab die Berührungsfläche mit dem Nachbarzahn, 612 mal die Kaufläche, 110 mal die Wangenfläche, nur 10 mal die Innenseite den Ausgangspunkt. Das Sitzenbleiben von Speiseresten erklärt diese Erscheinung, zumal die Infektion der Kaufläche ausschließlich Backzähne betraf. Diese Zähne werden überhaupt 5 mal häufiger befallen als die andern; die unteren Molaren 1,6 mal häufiger als die oberen. Nach der Nationalität litten unter den eigentlichen Russen 68 pCt, den Tartaren 77 pCt., den Juden und Polen 83 pCt., den Deutschen 90 pCt. an Zahnkaries. Diese Reihenfolge ist durch andere Untersuchungen bestätigt worden. Neben Konstitutionseigentümlichkeiten spielt in dieser Ätiologie die Lebensweise die erste Rolle. Die Russen waren durchweg Landleute, bei hartem Schwarzbrot erzogen. Auch nach den Berufsarten ergaben die Landleute das beste Resultat mit 68 pCt. Erkrankten, die Kaufleute 87 pCt., die städtischen Tagelöhner 92 pCt., die Bäcker 100 pCt. Interessant ist auch der Einfluß der Haarfarbe. 100 hellblonde Soldaten hatten 187 kariöse Zähne; 100 braune 217; 100 schwarzhaarige 290. Das kommt übrigens annähernd auf die Rassenbeteiligung hinaus. Doch haben andere Autoren in diesem Punkt sehr verschiedene Ergebnisse gezählt. Ktg.

(6) Das in Zahnpulvern und Tinkturen sehr verbreitete Salol ist schädlich. Es greift die Zähne an und verursacht bei empfindlichen Personen Ausschläge an den Lippen. Ein gutes Zahnpulver soll nur mechanisch wirken (und säuretilgend, Ref.). Das erfüllt die Bürste und die Calcaria carbonica praecipitata oder die Magnes. carb. vollkommen. Als Ideal wird eine gründliche Zahnreinigung nach jeder Mahlzeit angesehen; mindestens aber morgens und abends. Ktg.

(7) Gegen Ende des Burenkrieges und nach demselben mußte eine sehr große Zahl von Mannschaften wegen schlechter Zähne invalidisiert werden. Man versuchte durch Gewährung künstlicher Gebisse dem entgegenzuwirken, doch wurden die dadurch bedingten Ausgaben sehr bald

so hoch, daß die Beschaffung der Prothesen eingeschränkt werden mußte. L. beobachtete in Indien innerhalb seines Wirkungskreises, daß von den den Leuten gelieferten Gebissen 50 pCt. unbrauchbar zur Benutzung beim Essen waren bzw. in der Tasche oder im Koffer aufbewahrt wurden. Alle diese Leute waren im Falle eines schnellen Kriegsausbruches nicht felddienstfähig. Es müsse dafür gesorgt werden, daß die Mannschaften, die Gebisse erhalten, sie täglich trügen und in bestimmten Abständen zahnärztlich revidiert würden. Alle eingestellten Rekruten müßten auf die Beschaffenheit der Zähne genau untersucht und die erforderlichen Plombierungen vorgenommen werden. Neuburger.

7. Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

a. Harnorganerkrankungen.

1) Perrin. Contribution à l'étude de l'incontinence nocturne. J. m. B. 1906, Nr. 38. — 2) Glean Allen. Incontinence of urine in the soldier. J. M. C. VII., 4. — 3) Saccone, G. Contribuzione allo studio dell' albuminuria fisiologica. An. m. n. 1906 I, 5. — 4) de Falco, A. Nuove ricerche sulla etiologica e patogenesi del varicocele. G. M. 1906, 4—5. — 5) Kuhn. Pathologisch-anatomische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der Erkrankungen des männlichen Urogenitalapparates. Orth, Arbeiten aus dem Patholog. Institut zu Berlin 1906.

(1) Die Enuresis hängt nicht von Blasenschwäche ab, sonst müßte sie sich auch am Tage zeigen. 9 mal unter 10 Fällen wird sie durch einen zu tiefen Schlaf verschuldet. Kälte begünstigt das Leiden, Wärme dessen Zurücktreten, auch dadurch, daß der durch sie hervorgerufene Schweiß die Ausscheidung der Flüssigkeit durch die Haut befördert. Da der Kranke beim Bettnässen ganz ohne Bewußtsein ist, so kann Erziehung, Suggestion, Strafe nichts helfen. Arzneien können nützlich wirken, indem sie die reflektorische Aktion des Gehirns (Aufwachen) oder die Toleranz der Blase gegen ihren Füllungsgrad günstig beeinflussen. Auch eine lokale Therapie kann durch Erhöhung der Reflexe wirken, welche das Bedürfnis zum Urinlassen und das Aufwachen zu diesem Zweck ermöglichen. Der faradische Strom mit langsamer Unterbrechung hat dem Verf. besonders gut geholfen. Ktg.

(2) In einer Reihe von Fällen von Urininkontinenz soll Polyuria nach Infektionskrankheit die Ursache sein, es soll daher stets bei derartig Kranken die 24 stündige Urinmenge gemessen werden. Neuburger.

(3) Verf. untersuchte 400 Seeleute auf Albuminurie und fand bei 83 bis 86 pCt. der Decksmatrosen, bei 85 bis 86 pCt. der Heizer und bei 76 pCt. der am Lande Beschäftigten 0,04 bis 0,2 ‰ Albumen. Er hält die Erscheinung für physiologisch, abhängig von der verhältnismäßig schweren Arbeit. Eine Beziehung zwischen Indikanurie und Albuminurie konnte er nicht feststellen. Msr.

(4) Verf. kommt auf Grund eingehender Untersuchungen zu dem Schluß, daß die Behandlung der Varicocele nicht Fortschritte machen kann, so lange die Physiologie der Testikel nicht hinreichend erkannt ist. Die Exkretion und Zirkulation vollziehen sich mittels der Kremaster auf reflektorischem Wege: diese Funktion erschöpft sich bei anormalen Reizen (Abusus coitus, Onanie) und führt durch Asthenie der Kremaster zu Stasen

im plexus pampiniformis, Phlebo- und Kremosklerose. Daneben gibt es eine mechanische Form bei Hinderung des Abflusses durch Tumoren, besonders Hernien. Msr.

(5) Mitteilung von drei Fällen von Tuberkulose des Urogenitalapparates, die auf direktem, nicht haematogenem Wege entstanden war, sowie von Versuchen, die die Möglichkeit dieses Entstehungsweges zeigen. Geißler.

b. Syphilis.

1) v. Düring. Prostitution und Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1905. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 29. — 2) Rosenbach. Das Problem der Syphilis und kritische Betrachtungen über ihre Behandlung, Berlin 1906. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 556. — 3) Thalmann. Eine neue Methode der Quecksilberbehandlung. D. m. Z. 1906, S. 194. — 4) Thalmann. Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen. Herausgeg. von d. M. A. d. Kgl. S. Kr. M. 1906. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 498. — 5) Marcus und Welander. Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der intravenösen Sublimatinjectionen. A. f. D. Bd. 79, S. 213. — 6) Risso und Cipollina. Unsere Resultate in der Serumtherapie der Syphilis. A. f. D. Bd. 79, S. 55. — 7) Bürgi. Größe und Verlauf der Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei den verschiedenen üblichen Kuren. A. f. D. Bd. 79, S. 1. — 8) Mendelsohn. Zur Frage der Glykosurie bei Quecksilberkuren. D. m. W. 1906, S. 1414. — 9) Wassermann, Neisser, Bruck. Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. D. m. W. 1906, S. 745. — 10) Neisser, Bruck, Schucht. Diagnostische Gewebs- und Blutuntersuchungen bei Syphilis. D. m. W. 1906, S. 1937. — 11) Wassermann und Plaut. Über das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern. D. m. W. 1906, S. 1769. — 12) Schulze. Impfung von Kaninchenaugen mit Syphilis. M. m. W. 1906, S. 1896. — 13) Finger und Landsteiner. Untersuchungen über Syphilis an Affen. A. f. D. Bd. 78, S. 335. — 14) A. Neisser. Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen. D. m. W. 1906, S. 1, 49, 97, 493. — 15) Hoffmann. Experimentelle Untersuchungen über die Infektiosität des syphilitischen Blutes. D. m. W. 1906, S. 496. — 16) A. Neisser. Die experimentelle Syphilisforschung nach ihrem gegenwärtigen Stande. Berlin 1906. — 17) Buschke und Fischer. Über die Lagerung der Spirochaete pallida im Gewebe. B. kl. W. 1906, S. 6. — 18) Dieselben. Weitere Beobachtungen über die Spirochaete pallida. B. kl. W. 1906, S. 383. — 20) Babes und Mironescu. Über Syphilome innerer Organe und ihre Beziehungen zur Spirochaete pallida. B. kl. W. 1906, S. 1129. — 21) Hoffmann und Beer. Weitere Mitteilungen über den Nachweis der Spirochaete pallida im Gewebe. D. m. W. 1906, S. 869. — 22) Doutrelepont und Grouven. Über den Nachweis von Spirochaete pallida in tertiär syphilitischen Produkten. D. m. W. 1906, S. 908. — 23) Beer. Über Beobachtungen an der lebenden Spirochaete pallida. D. m. W. 1906, S. 1192. — 24) Berger. Färbung der Spirochaete pallida. M. m. W. 1906, S. 1209. — 25) Roscher. Spirochaete pallida und Syphilis. M. Kl. 1906, S. 5. — 26) Danziger. Zur Frühdiagnose des syphilitischen Primäraffekts. B. kl. W. 1906, S. 1365. — 27) Hoffmann. Über die diagnostische Bedeutung der Spirochaete pallida. B. kl. W. 1906, S. 1421. — 28) du Rest Phelan. The question on the origin of the lues venerea among the conquistadores in Mexiko.

J. a. m. s. Sept. 1906, S. 237. — 29) Advisory board for army medical services. The treatment of veneral disease and scabies in the army. J. M. C. VI., 5. — 30) Bull. Suggestions for the prevention and treatment of veneral disease in the army. J. M. C. VI., 1. — 31) Stenzel. Erfahrungen bei Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen nach Welander. W. m. W 1906, Nr. 8 u. 9.

(28) Die auch von französischer Seite vertretene Ansicht, daß die Genossen des Cortez in Mexiko im Jahre 1519 durch den Umgang mit eingeborenen Mexikanerinnen syphilitisch geworden seien, wird vom Verf. in Zweifel gezogen. Er glaubt, daß die Erkrankung zweier Krieger an Geschwüren, Leistendrüsenschwellung usw. nicht syphilitischer Natur war, sondern in Framboesia bestand. Weitere Forschungen über das Vorkommen der Framboesia im tropischen Mexiko und der Syphilis auf dem amerikanischen Kontinent vor der Entdeckung desselben durch Europäer würde sicherlich mehr Aufklärung über die Frage bringen.
Großheim.

(29) Zusammenfassende Berichte des „wissenschaftlichen Senates" auf Grund der im In- und Auslande gemachten Erfahrungen bei der Behandlung venerischer Krankheiten sowie der Krätze. Neuburger.

(30) Empfehlung, besondere Abteilungen für venerische Krankheiten in den Hospitälern unter Leitung spezialistisch ausgebildeter Sanitätsoffiziere zu schaffen, die mindestens drei Jahre einer solchen Abteilung vorstehen. Durch häufige und gründliche Untersuchungen in allen Truppenteilen muß die möglichst frühzeitige Behandlung der Erkrankten gesichert werden. B.

(31) Stenzel wendet im Garnisonspitale Nr. 2 in Wien folgende modifizierte Säckchenbehandlung der Syphilis mit gutem Erfolge an: Auf ein Stück Battist von solcher Größe, daß es die Brust des Kranken bedeckt, werden 12 g Ung. Hydrarg. ciner. aufgestrichen. Dieser Battist wird in einen Kalikosack gesteckt und letzterer mit Zwirnbändern am Körper befestigt. Der Sack wird Tag und Nacht abwechselnd auf der Brust und auf dem Rücken so getragen, daß die mit der Quecksilbersalbe bestrichene Fläche des Battistes vom Körper abgewendet ist. Die Kranken halten in den ersten 8 bis 14 Tagen Bettruhe ein. Jeden vierten Tag wird der Battist neu bestrichen. Bei schweren Fällen läßt Stenzel gleichzeitig je ein Säckchen auf der Brust und auf dem Rücken tragen. Joh. Steiner.

c. Gonorrhoe.

1) Schlesinger. Myositis gonorrhoica apostematosa. D. m. Z. 1906, S. 357. — 2) Lohnstein. Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Gonorrhoe. Berlin 1906. — 3) Schulz. Gonorrhoische Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhoe. D. m. W. 1906, S. 26. — 4) Bruck. Über spezifische Immunkörper gegen Gonokokken. D. m. W. 1906. S. 1368. — 5) Picker. Bakteriologische Studien über den Gonococcus. W. kl. W. 1906, Nr. 43. — 6) Goldschmidt. Die Endoskopie der Harnröhre. B. kl. W. 1906, S. 167. — 7) König. Über Stauungsbehandlung der Epididymitis gonorrhoica. M. Kl. 1906, S. 618. — 8) Schindler. Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica. D. m. W. 1906, S. 2067. — 9) Deutsch. Bemerkungen zur internen Behandlung der Gonorrhoe. W. kl. W. 1906, Nr. 3. — 10) E. K. W. Frank. Über Arrhovin. B. kl. W. 1906, S. 1036. —

11) Kaiser. Über den Wert der externen und internen Arrhovinbehandlung. M. Kl. 1906, S. 624. — 12) Herrnfeld. Arrhovin zur internen Behandlung der Gonorrhoe. Th. d. G. 1906, S. 191. — 13) Vieth und Ehrmann. Untersuchungen und Beobachtungen über ältere und neuere Balsamika (Santyl). D. m. W. 1906, Nr. 64. — 14) Bottstein. Über Santyl, ein reizloses internes Antigonorrhoicum. M. Kl. 1906, S. 278. — 15) Lilienthal. Santyl, ein reizloses internes Antigonorrhoicum. D. Z. 1906, S. 499. — 16) Schindler und Siebert. Über Gonosan und Gonorrhoe-Therapie. D. m. W. 1906, S. 1081. — 17) Buber. Über ein einfaches Hilfsmittel in der Gonorrhoebehandlung. Th. d. G. 1906, S. 478. —

d. Andere Geschlechts- und Hautkrankheiten.

1) Stenzel. Ein Beitrag zur Behandlung des Bubo ex ulcere molli. W. m. Pr. 1906, Nr. 27. — 2) Kuhn. Pathologisch-anatomischer Befund bei sieben Fällen von venerischem Granulom in Neu-Guinea. Ch. An. Jhrg. XXX. — 3) Ligouzat. Dermite professionelle chez les soldats employés comme bouchers. A. m. B. 1906, Bd. 27, S. 347. — 4) Vikentiev. Un traitement abortif des furoncles. A. m. B. 1906, Bd. 28, Nr. 4.

(1) Stenzel hat bei der Bubonenbehandlung sehr gute Erfolge mit der konstanten Anwendung hoher Temperaturen und zwar mittels des Bauerschen Thermogens gesehen. Stenzel berichtet weiter über gute Erfolge der Behandlung schankrös gewordener Bubonen mit Kupfersulfat, das eine Ätzwirkung nur auf die geschwürig zerfallenen Gewebsteile ausübt. Auch die strahlende Hitze eines Thermokauters bewährt sich in solchen Fällen gut. Joh. Steiner.

(2) Das venerische „Granulom" muß als eine vierte Geschlechtskrankheit angesehen werden, die sich von den Genitalien flächenhaft ausbreitet und eine rötliche, leicht blutende Granulationsmasse darstellt. Infolge des Fortschreitens kann die ganze Oberhaut mit Knötchen bedeckt sein. Der Verlauf erstreckt sich auf Jahre bis infolge von Kachexie der Tod erfolgt. Das Gewebe besteht aus rundlichen, epitheloiden, wenigen Spindelzellen und ziemlich reichlichen gelappten Leukozyten. In der Tiefe lagen Mastzellen. Geißler.

(3) Bei 10 unter 30 als Schlächter verwendeten Soldaten trat im Gefolge kleiner Verletzungen an den Fingern ein bullöser Ausschlag auf. Der Inhalt der Blasen ließ Streptokokken erkennen. Die Affektion heilte bald, machte aber doch durch die Menge der davon befallenen Leute Störungen des Dienstes. Ätiologisch wird der Schmutz in dem betreffenden Schlachthause verantwortlich gemacht. Ktg.

(4) Eine energische Abseifung mit Natronseife beginnt die Behandlung. Danach Abspülung mit 40 bis 50° Alkohol und ein Umschlag mit Watte, die mit demselben getränkt ist. Wenn der Alkohol verdampft ist, wird die Einseifung wiederholt und der Schaum auf dem Furunkel gelassen. Kein weiterer Verband. Die Methode soll meist schon nach einmaliger Anwendung einen schnellen Rückgang der entzündlichen Erscheinungen im Gefolge haben. Ktg.

IV. Kriegs-Sanitätsdienst.

1. Organisation und Ausrüstung der Sanitätsformationen.

1) The field ambulance. J. M. C. VI, 6. — 2) F. Smith. Notes from Aldershot. J. M. C. VII, 5 u. 6 (Corps News). — 3) Klotz. Les formations sanitaires. Cad. 1906, Nr. 4. — 4) Kern. Die Organisation des Sanitätsdienstes in der Front. R. K. 1906, Nr. 17 u. 18. — 5) Sanitätshunde. R. K. 1906, Nr. 5. — 6) Brentano, A. Ein neuer Waschtisch für den Operationsraum in Feld- und Kriegslazaretten. D. m. W. 1906, Nr. 34. — 7) Port, Jul. Zur Reform des Kriegssanitätswesens. Stuttgart. F. Enke 1906. — ref. D. m. Z. 1906, S. 204. — 8) Haudyside. A paper on hospital ship and their working in war and peace. Lancet 1906 I, S. 1163 — ref. D. m. Z. 1908. — 9) Lühe. Machen die neuesten chirurgischen Kriegserfahrungen eine Umgestaltung der Organisation für staatliche und freiwillige Krankenpflege im Kriege notwendig? R. K. 1906, Nr. 16 u. 17.

(1) Kleine, die Tätigkeit des Feldlazaretts und der Krankenträgerkompagnien vereinigende Sanitätsformationen haben sich im südafrikanischen Kriege am besten bewährt. Die Feldambulanz ist in drei Sektionen, die je 50 Lagerstellen etablieren können, verwendbar. Sie untersteht direkt der Division. Neuburger.

(2) Leitsätze für die Verwendung der Feldambulanz auf Grund der bei den Divisionsübungen des Jahres 1906 gesammelten Erfahrungen. Neuburger.

(3) Die Formationen erster Hilfe, Truppensanität, Ambulanz und Feldlazarett, sind viel zu schwerfällig. Die Aufgabe ist heute, so schnell wie möglich, so viel Ärzte wie möglich aufs Schlachtfeld zu führen, wo sie lediglich Occlusiv- und Kontentivverbände anzulegen und die Verwundeten zurückzudirigieren haben. Alle operative Tätigkeit fällt dem Dienst 2. Linie zu. Das Heil der Verwundeten hängt vom ersten Verbande ab. Ihr Durchgang durch Verbandplatz, Ambulanz, Feldlazarett entspricht nicht mehr den modernen Anforderungen. Verf. will kleine Sanitätsformationen für 50 bis höchstens 200 Verwundete haben, die alles in sich vereinigen, was bisher drei getrennten Stationen zufällt. Man schickt bei Entwicklung der Schlacht nach Bedarf 5, 10 oder mehr Einheiten dieser Art vor. Ihr Verbandmaterial muß die „Verallgemeinerung des Verbandpäckchens“ sein. In 3 bis 4 Größen präformierte, antiseptische Verbände müssen massenhaft vorrätig sein, um jede Vergeudung, Zerreißung und Infektion angebrochenen Materials unmöglich zu machen. Jede Sanitätseinheit soll aus 3 bis 4 Ärzten, etwa 30 Krankenträgern und Sanitätssoldaten, 3 bis 4 Wagen mit den Verbänden und Verpflegung für 2 Tage bestehen, außerdem mit Krankentragen und den notwendigsten Instrumenten ausgerüstet sein. Jeder Division werden 20 bis 50 Einheiten überwiesen. Da sie sehr beweglich sind, können sie schleunigst etablieren und unter günstigen Verhältnissen an Ort und Stelle etabliert bleiben, bis die Verwundeten evakuiert werden können, was in einigen Tagen der Fall sein dürfte. Eine große Sanitätsreserve beim Armeekorps dient zur Ergänzung des Materials. Das System ist einfach und

beweglich, es vermeidet die Zersplitterung der Ärzte wie des Materials — beide bleiben untrennbar und jederzeit verwendbar. Die bisherigen Formationen fallen weg; ebenso die Truppensanität. Deren Dienst wird von Sanitätseinheiten wahrgenommen, die den Truppenverbänden für die Märsche nach Bedarf zugeteilt werden. Sanitätseinheiten können ferner auf den Etappen für Marode etabliert werden. Ktg.

(4) I. Die Zurückziehung der Ärzte aus der Truppe im Gefecht zum Verbandplatz ist nicht empfehlenswert, das Volksbewusstsein verlangt wirksame Hilfe unmittelbar nach der Verwundung und an ihrem Ort. Diesem Zweck genügen die Truppenverbandplätze in ihrer bisherigen Form nicht. Der Sanitätsdienst muß sich auf die selbständig bleibenden Hilfsmittel der kleinen Einheiten (Bataillone usw.) einerseits und auf die starken, geschlossenen Sanitätsanstalten der Divisonen anderseits stützen. Die Frontausdehnung der Truppen läßt außerdem eine Vereinigung des Materials und Personals der Truppen zu größeren Verbandplätzen nicht zu. K. verlangt folgende Grundzüge für die Organisation der ersten Hilfe:

1. Erster Verband der Verwundeten und Vorbereitung für den Transport in nächster Nähe des Verlustgebietes (Verwundetennester).
2. Dazu dienen kleine Sanitätsformationen, welche stets bei den Truppen bleiben und dauernd den Transport zum Hauptverbandplatz vorbereiten, ohne je in diesem aufzugehen.
3. Personal und Material dazu muß bei den Truppen vorhanden sein. Militärärzte und Sanitätssoldaten der Truppen, ihre Krankenträger und Sanitätswagen, dazu zu vervollkommnende Verbandpäckchen.
4. Die Sanitätswagen der Truppen müssen beweglich und nur für das Gefecht ausgerüstet sein, aber auch zwei Verwundete zurückbringen können.
5. Das Sanitätspersonal der Truppen verbleibt grundsätzlich bei diesen.

II. Die Sanitätswagen mit dem Personal suchen unter Benutzung jeder Deckung und jeder Kampfpause die Verwundetengruppe auf und führen vereint mit den Wagen der Sanitätskompagnie den Transport zum Hauptverbandplatz oder vorgezogenen Feldlazarett aus.

Bei den berittenen Truppen treten Packpferde mit Sanitätsmaterial in Funktion. Auch bei den Sanitätswagen der Fußtruppen soll eines der beiden Vorspannpferde mit einer Tragvorrichtung zum Fortbringen von Verbandzeug versehen sein.

Die Ausrüstung wäre durch Wassersäcke zu vervollständigen. Das Verbandmaterial zu vereinfachen und handgerechter zu gestalten, was m. E. nur durch Einführung präformierter Verbände möglich ist. Ktg.

(5) Der Verein für die Zucht deutscher Schäferhunde hat beschlossen, alljährlich einer Sanitätskolonne einen auf das Suchen von Verwundeten dressierten Hund zu überweisen. Die Kolonnen sind seitens des Kaiserlichen Kommissars darauf aufmerksam gemacht worden, daß die mühsame und kostspielige Pflege eines solchen Hundes nicht Sache der durchgehends wenig bemittelten Kolonnenmitglieder sein kann. (Sehr mit Recht. Ref.) Ktg.

(6) Präzisiert die Ansprüche, die an eine für Kriegslazarette bestimmte Wascheinrichtung zu stellen sind, und beschreibt einen leicht transportablen Waschtisch.

(9) Verf. will die ärztliche Begleitung der Truppen ins Gefecht aufgeben und die Hilfe auf den beizubehaltenden Truppenverbandplätzen konzentrieren, die möglichst zusammenzulegen sind. Beim Eintreffen des Hauptverbandplatzes der Division gehen sie in diesem auf. Ein mit der Vorhut marschierendes Feldlazarett etabliert den Hauptverbandplatz, auf dem die „auf dem Schlachtfelde frei werdenden" Ärzte der Division mithelfen, bis sie ihren Truppen folgen müssen. Die Sanitätskompagnien, verstärkt durch freiwillige Kolonnen, leisten auf dem Schlachtfeld Hilfe und besorgen den Rücktransport der Verwundeten nach den Feldlazaretten und den sofort heranzuziehenden Sanitätszügen, event. unter Benutzung von Feldbahnen. Die Feldlazarette etablieren sich in der Nähe des Schlachtfeldes. Ktg.

2. Sanitätstaktik.

1) Leitenstorfer. Die Hauptverbandplatzübung. D. m. Z. 1906, H. 2. — 2) Evath. On the medical organisation of the base of operations in war time. J. M. C. VII, S. 73, ref. D. m. Z. 1908, Heft 4. — 3) Magrath. Essay on medical arrangements in war. J. M. C. VII, Nr. 5 u. 6. — 4) Beyer. Der Rückzug einer etablierten Infanterie-Divisionssanitätsanstalt. M. A. 1906, Nr. 13 bis 17. — 5) Boigey. Critique du fonctionnement réglementaire du service de santé en campagne. Cad. 1906, Nr. 11, 12, 13, 17. — 6a) Daae, H. Veiledning i etablernig af feltlasaret. N. T. M. 1906, Nr. 5. — b) Feltøvelser for sanitet paa gardermoen. N. T. M. 1906, Nr. 6. — 7) Werner. Kriegsverluste einst und jetzt. R. K. 1906, Nr. 22.

(1) Gibt die in den Dienstvorschriften enthaltenen Bestimmungen und Anhaltspunkte für die praktische Durchführung der Anlage eines Hauptverbandplatzes.

(3) M. gibt eine kurzgefaßte aber dabei recht erschöpfende Zusammenstellung aller Maßnahmen, die im Kriegsfalle seitens des Militärmedizinalwesens zu treffen sein würden. Angenommen wird ein Krieg mit einer zivilisierten Macht auf der Höhe moderner Ausrüstung. (Die Vorschläge des Verfassers obwohl im Anfang des Aufsatzes als für einen großen europäischen Krieg berechnet angegeben, treffen doch fast durchgehends nur auf die den Engländern ja geläufigste Kriegführung in den Kolonien zu und sind für unsere Verhältnisse gänzlich unzutreffend und unbrauchbar.) Neuburger.

(4) An einem konkreten Beispiele werden alle Befehle und Maßnahmen erörtert, die notwendig sind, um eine mit Verbandplatz und Leichtverwundetenstation etablierte Divisionssanitätsanstalt beim Rückzuge der eigenen Division freizumachen und in geordneter Weise nach rückwärts zu bringen. Als Variante wird der Vorgang bei einem ungeordneten Rückzug besprochen. Zum Schlusse folgt die Schilderung der tatsächlichen Ereignisse bei Rückzügen etablierter Sanitätsformationen (Feldzug 1866 in Böhmen, Burenkrieg 1900). Joh. Steiner.

(6) Schematische Anweisung für die Etablierung eines Feldlazarettes, besonders in bezug auf Anstellung des Personales und Bericht über eine kriegsmäßige Übung einer Sanitätkompagnie. Msr.

(7) Die bei Einführung der Kleinkaliber von namhaften Chirurgen gemachte Voraussage, daß die Verluste in den Schlachten nunmehr sowohl an sich, wie speziell an tödlichen Wunden eine wesentliche Steigerung

erfahren würden, hat sich nicht bewahrheitet. Der ostasiatische Krieg hat gezeigt, daß die Verluste einschl. der Vermißten bei Liaujang, am Schaho und bei Mukden auf Seiten dreier russischen Armeekorps 22 pCt. nicht überstiegen; während z. B. die Unionstruppen bei Chikamauga 33,7 pCt. verloren, die Deutschen bei Spichern und Mars la Tour 18 pCt.; die Preußen bei Kolin 40 pCt., bei Kunersdorf 38 pCt.; die Österreicher bei Aspern 30 pCt.; die Franzosen ebenda 50 pCt. usw. Auch die Zahl der auf dem Schlachtfelde Gebliebenen verhielt sich zu der der übrigen Verwundeten auf russischer Seite nicht viel anders wie in früheren Kriegen: 1 : 5,5*) [Deutsche 1870/71 1 : 5,8; Preußen 1866: 1 : 5,4, russische Donauarmee 1877/78 1 : 3,7]. Da zudem die Sterblichkeit der in Behandlung getretenen Verwundeten ganz außerordentlich viel geringer ist als früher und infolge der Ausbildung der Hygiene viel weniger Leute an Krankheiten verloren gehen, so gewinnt man im Ganzen den Eindruck, daß die Kriegsverluste geringer geworden sind, trotz Mehrlader, Kleinkaliber, Maschinengewehr und Brisanzgranaten. Die absolut viel größeren Zahlen hängen lediglich von den viel größeren Menschenmassen ab, die heute auftreten und von der Kriegsdauer. Ktg.

3. Erste Hilfe auf dem Schlachtfelde.

1) Fischer, H. Die erste Hilfe in einer zukünftigen Schlacht. Berlin 1906, A. Hirschwald. Ref. D. m. Z. 1906, S. 204. — 2) Schleich, C. L. Die Selbstnarkose der Verwundeten in Krieg und Frieden. Ein humaner Vorschlag. Berlin 1906. Jul. Springer. Ref. D. m. Z. 1906, S. 315. — 3) Gill. Wundbehandlung auf dem Schlachtfelde. L. Nr. 4317 nach D. m. W. 1906. S. 936. — 4) Lucas-Championnière. Asepsie et Antisepsie en chirurgie de guerre. Cad. 1906, Nr. 21. — 5) Les paquets de pansement seront-ils aseptiques ou antiseptiques? Cad. 1906, Nr. 20. — 6) Cavalier. Erster Verband. G. d. hôp. 1906, Nr. 121. Nach D. m. W. 1906, S. 1840. — 7) Ders. Empaquetage du blessé au poste de secours par un paquet de pansement d'un nouveau modèle. Cad. 1906, Nr. 20. — 8) Laval. A propos de l'imperméable des paquets de pansement individuels. Cad. 1906, Nr. 4. — 9) Chauvel. Note sur la composition du paquet de pansement individuel du soldat. Cad. 1906, Nr. 1. — 10) Angney. A new first aid packet. J. a. m. s. 1906, Sept., S. 264. — 11) Almy. An emergency case for field service. J. a. m. s., Sept. 1906, S. 261. — 12) Barthelmy. Erste Hilfe im Seekriege. Vortr. auf d. intern. med. Kongr. in Lissabon 1906. Cad. 1906, Nr. 9. — 13) Ders. Les pansements tout préparés pour le temps de paix et surtout pour le temps de guerre dans la marine française. A. m. n. 1906, S. 5. Ref. D. m. Z. 1908, Heft 4. — 14) Kirchenberger, A. Über die Improvisation Esmarchscher Binden. M. A. 1906, Nr. 1 u. 2.

(3) Vorschläge zur Verbesserung der auf dem Schlachtfelde anzulegenden ersten Verbände. Die Desinfektion großer Wunden mit Sublimat wird empfohlen.

*) Diese Zahlen sind nach Schaefer berechnet. Ich komme zu einem etwas ungünstigeren Ergebnis.

(4) Am 20. 10. 06 wurde in der französischen Marine ein aseptisches Verbandpäckchen statt des bisherigen antiseptischen eingeführt. Verf. hält die aseptische Chirurgie nur da für angebracht, wo der ganze Apparat, den sie verlangt, absolut sicher funktioniert; also nur in modernen, bestausgestatteten und bestgeleiteten Krankenhäusern. In minder gut eingerichteten, so auch in den Regimentsinfirmerien, hat ihre Einführung die Erfolge nicht befördert. Schlimmeres ist im Kriege, zumal im Dienst erster Linie, zu erwarten, wo nichts rein ist, was mit dem Verwundeten in Berührung kommt. Darum müssen in der Kriegschirurgie die Antiseptika beibehalten werden. Vom Sublimat will L.-C. aber nichts wissen. Seine Wirkung, namentlich in den längere Zeit lagernden Kriegsbeständen, ist illusorisch. Die besten und billigsten Antiseptika sind Karbolsäure, Zinkchlorür und Sauerstoffwasser. Verbandpäckchen vor allem müssen imprägniert sein; nur von zuverlässig antiseptischen darf der Soldat Gebrauch machen. Darum eignet sich die für die Marine getroffene Bestimmung in keiner Weise für die Armee. Ganz meine Meinung. Ktg.

(5) Die französische Marine hat ein aseptisches Verbandpäckchen eingeführt. Das mag gestattet sein, da der Seemann am Bord sofort nach der Verwundung in die Lazarettpflege und so unter Verhältnisse tritt, welche eine genügende Beaufsichtigung der Asepsis gestatten. Ganz anders in der Armee. Schon die äußeren Umstände vieler Verwundungen begünstigen die Infektion durch die Berührung mit Schmutz, der an Geschossen (Aufschlägern) wie an der Kleidung haftet. Dazu kommt, daß der erste Verband oft im Drange der Geschäfte ohne besondere Vorbereitungen und Kautelen angelegt wird und lange liegen bleiben muß, ehe der Verwundete in regelmäßige ärztliche Kontrolle eintritt. Darum ist für die Armee beim ersten Hilfsdienst eine wirksame Antisepsis nicht zu entbehren. Ktg.

(6) Beschreibung und Abbildung eines sehr kompendiösen Verbandpäckchens, dessen Hauptvorzug darin besteht, daß bei der Anwendung ein Kontakt der Hände und der Verbandstoffe vermieden wird.

(7) Der aseptische Verband C.'s besteht aus einer Lage Mull auf einer Lage Watte. An beiden Enden der Kompresse sind zwei ausgeglühte Eisendrähte befestigt, deren Vereinigung über dem angelegten Verbande die Binde ersetzen soll. Verf. empfiehlt drei Typen, welche geöffnet 60, 90 und 100 cm lang; 15, 20 und 25 breit; 1, 2 und 3 cm dick sind. Der Draht soll die Handhabung des Verbandes erleichtern und ihn in seiner Lage sichern, nachdem er angelegt ist. Ktg.

(8) Wünscht den wasserdichten Stoff zum Schutz des Verbandes gegen Schmutz beibehalten zu sehen. Ktg.

(9) Das französische Verbandpäckchen enthält noch den wasserdichten Stoff und die Anweisung, ihn zum Bedecken der Wunde mit zu verwenden. Verf. verlangt Abänderung dieser Vorschrift nach den neueren Erfahrungen, welche die wasserdichte Wundbedeckung verwerfen. Eine Umarbeitung der vorhandenen Vorräte ist nicht erforderlich; bei Neuanfertigung würde der Stoff wegzubleiben haben. Ktg.

(10) Das von A. angegebene Verbandpäckchen enthält 2 Bor-Salicylkompressen, von denen eine mit der 5 Ellen langen Binde zusammengeheftet ist, und 2 Heftpflasterstreifen. Es ist für den Gebrauch bei Unfällen in der Stadt bestimmt, ein anderes ähnlich zusammengestelltes für den Feldgebrauch. 2 Abbildungen. Großheim.

(11) A. hat eine kleine Tasche für den ärztlichen Gebrauch im Felde konstruiert, die eine Pravazsche Spritze und die wichtigsten Arzneien zur subkutanen Injektion enthält. 2 Abbildungen. Großheim.

(12) Präformierte Verbände sind in der französischen Marine seit 1903 eingeführt. Sie bestehen aus Mull und Watte und sind sterilisiert Im Frieden haben sie sich namentlich in den Händen des Unterpersonals an Bord kleiner Schiffe bewährt, auf denen kein Arzt ist. Im Felde wurden sie auf der Expedition nach Dahomey erprobt. Der fertig mitgenommene Einzelverband erfüllt aufs beste die Aufgabe, möglichst viele Verwundeten in kurzer Zeit zu versorgen. Ktg.

4. Verwundetentransport.

Vgl. auch V und VI, 6.

1) Colmers, F. Zur Frage des ersten Transportes Schwerverwundeter. D. m. W. 1906, Heft 14. — 2) Eine neue Satteleinrichtung zum Verwundetentransport. Leipz. Illustr. Ztg. v. 4. 10. 1906. — 3) v. Hase. Federnde Tragbaren zum Transport auf Bauernwagen und Eisenbahn-Güterwagen. D. m. Z. 1906, Heft 4. — 4) Lawner. Liegevorrichtung für den Schwerverwundetentransport auf Landesfuhren. M. A. 1906, Nr. 5. — 5) Majewski, K. Spitalzüge auf Straßen. W. m. Pr. 1906, Nr. 44. — 6) Ders. Die Verwendung der geleerten Verpflegesäcke zur Lagerung und zum Transport der Kriegsverwundeten. W. m. Pr. 1906, Nr. 50. — 7) Fischl. Eine Halbimprovisation zu unserer (österr.-ung.) Feldtrage. M. A. 1906, Nr. 11. — 8) Raschofszky. Kranken- und Verwundetentransport mit Überschiffungsmitteln der Pioniertruppe und Herrichtung derselben. M. A. 1906, Nr. 15 bis 17. — 9) Anleitung zur Improvisation von Transportmitteln für Kranke und Verwundete. Bern 1906. — 10) Hathaway. The disposal of the wounded of mounted troops. J. M. C. VII, 4. — 11) Roß. Transport model for conveying recumbent wounded over rough and mountainous roads. J. a. m. s. 1906, S. 46. — 12) The velo-litter of Chavernac. J. a. m. s., 1906, S. 313. — 13) Bonnette. Utilisation des roues de bicyclette pour improviser des brancards roulants. Nach Presse méd. v. 27. 12. 1905 u. A. m. B. 1906, S. 134. — 14) G. Utilisation des roues de bicyclette pour improviser des brancards roulants. Cad. 1906, Nr. 9. — 15) Bonnette. Le transport des blessés à l'aide du velobrancard du Dr. Chavernac. Cad. 1906, Nr. 10. — 16) Neue Transportvorrichtung für Verwundete nach Angabe der Krankenmöbelfabrik von Wulft & Hohmann in Berlin. (Mit Abbildungen.) R. K. 1906, Nr. 22. — 17) Matignon. Le brancard Totsuka. Cad. 1906, Nr. 3. — 18) Benutzung elektrischer Straßenbahnen zum Verwundetentransport zwischen Bahnhöfen und Krankenanstalten. (Mit Abbildungen). R. K. 1906, Nr. 23. — 19) Offener Pregelkahn als Lazarettschiff. R. K. 1906, Nr. 10. — 20) Mangianti. Le transport par eau des blessés dans la vallée du Pô. Mailand 1905. Bespr. Cad. 1906, Nr. 8. — 21) Will. Über Königsberger Krankentransportsysteme. Mit 4 Abbildungen. R. K. 1906, Nr. 14. — 22) Les automobiles comme moyen de transport des blessés. Aus Monde illustré. B. i. C. R. 1906, Heft 2. — 23) Frank. Das Automobil im Dienste des Krankentransports. R. K. 1906, Nr. 1. — 24) Tessaker. Improviseret skikjaelke. N. T. M. 1906, Nr. 4. — 25) Dahlheim. Skischlitten. T. M. H. 1906, Heft 2. — 26) Graeßner. Herrichtnng von

Schiffen in einigen außerdeutschen Staaten. Ztschr. f. Kr. Pfl. 1906, Nr. 5 nach Hyg. Ztrlbl. 1906, Bd. I, S. 484.

(1) Schonendster Transport auf der mit den Händen getragenen Trage. Von Fuhrwerken sind auf guten Wegen gut gefederte vierrädrige Krankentransportwagen die besten, für schlechtes Gelände kommt neben der Trage der gefederte zweirädrige finnische Karren in Betracht. Bei Verletzungen der Bauchhöhle und ihrer Eingeweide bedeutet jeder Transport mit hoher Wahrscheinlichkeit sicheren Tod. Derartige Verletzte müssen dort bleiben, wo sie liegen. C. macht Vorschläge, wie für derartige Verwundete zu sorgen ist.

(2) Beschreibung und Abbildung einer halbkreisförmigen gepolsterten Lehne, welche hinten am Sattel angeschraubt und durch Riemen vorn um den Leib des Reiters geschlossen werden kann. Speziell für den Sanitätsdienst bei der Kavallerie bestimmt, läßt sich die einfache Vorrichtung in Menge mitführen und ist wohl geeignet, Verwundete auf dem Pferde festzuhalten, deren Transport auf diese Weise möglich erscheint. Die Vorrichtung ist in der englischen Armee Gegenstand von Versuchen gewesen.

Ktg.

(4) Die von Lawner angegebene Liegevorrichtung besteht der Hauptsache nach aus: 1. zwei hölzernen Querbalken, an deren Enden sich je ein Strick zur Befestigung an den Leiterbäumen des Wagens befindet, 2. zwei Leinewandunterlagen mit Schlupfen für die zwei Balken und je drei kurzen Stricken an den Außenseiten, 3. zwei Decken aus Zeltstoff, die an der Innenseite der Unterlagen befestigt sind und bei zusammengerollter Vorrichtung als wasserdichte Hülle, sonst als Schutz für die Verwundeten dienen.

Jede Unterlage ist am Kopfteil doppelt und bildet eine Tasche, die durch Einlagen von Stroh, Heu usw. zu einem Kopfpolster improvisiert werden kann. Die ganze Vorrichtung ist 13,5 kg schwer; die Länge der Unterlagen beträgt etwa 195 cm. Das Herrichten eines Wagens erfordert nur 3 Minuten. Auf einem Fuhrwerk lassen sich 40 solche Vorrichtungen im zusammengerollten Zustand fortbringen. Werden 2 Wagen per Division und Korps, ferner 1 Wagen per Feldspital gerechnet, so könnten bei einem Korps von 3 Divisionen mit 3 Feldspitälern auf 11 Fuhrwerken 440 Vorrichtungen für 880 Schwerverwundete mitgenommen werden.

Joh. Steiner.

(5) Majewski schlägt vor, für längere Straßentransporte Verwundeter Fuhrwerkstypen einzuführen, die den Wagen der wandernden Zirkusleute usw. ähnlich konstruiert sind. Joh. Steiner.

(6) Zur Einrichtung der landesüblichen Verpflegsfuhrwerke für den Verwundetentransport sollen 4 bis 5 mit Stroh, Heu, Moos u. dgl. gefüllte, quer auf die Längsachse des Wagens gelegte Säcke dienen; darauf wäre noch eine Schicht loses Stroh oder Heu zu bringen.

Aus 1 Lagerdecke, 2 Stangen, 4 Verpflegsäcken, 1 Rebschnur und etlichen Nägeln improvisiert Majewski auch eine „Sacktrage".

Joh. Steiner.

(7) Fischl hat ein Fahrgestell zur vorgeschriebenen Feldtrage konstruiert. Es besteht aus einer 63 cm langen Eisenachse, an deren Enden zwei niedrige, hölzerne oder eiserne Räder mit Gummireifen laufen und aus zwei sich nach aufwärts verspreizenden, in der Richtung der Radebene liegenden, 50 cm langen Gabeln aus Stahlrohr, die außerhalb der Räder an der Achse sitzen und durch Vorstecker vor dem Abgleiten gesichert

sind. In den Stahlröhren stecken durch Stellschrauben fixierbare und von Spiraldrahtfedern umgebene eiserne Zapfen, an denen winklig Klemmbacken (Umgreifklammern samt Scharnier und Flügelschrauben) befestigt sind. Das ganze Fahrgestell ist etwa 10 kg schwer und auf eine Tragfähigkeit von etwa 120 kg berechnet. Die Stangenenden der Feldtrage sind in die Klemmbacken einzulegen und letztere durch Zuziehen der Schrauben zu schließen. Joh. Steiner.

(8) Beim Vorgehen aufklärender Kavalleriekörper über ein Flußhindernis oder beim Überschreiten eines Flusses angesichts des Gegners kann es leicht geschehen, daß Verwundete über das Wasser zurückgebracht werden müssen. Hierzu sind die Überschiffungsmittel zu verwenden; als solche dienen einfache und gekoppelte Pontons, sowie daraus hergestellte Überschiffungsglieder mit halber oder ganzer Decke, ferner Kavalleriebrückentrains, endlich Notmaterial (Fähren, Plätten u. dgl.).

Nach einer Beschreibung aller dieser Überschiffungsmittel wird ihre Verwendbarkeit für den Verwundetentransport und die Herrichtung für sanitäre Zwecke besprochen. Joh. Steiner.

(9) Es gelangen zur detaillierten Beschreibung: Tragbahren, andere Tragmittel (Tragknebel, Tragsitze, Sitzbahren, Tornisterbahren u. dgl.), kleinere und größere Fuhrwerke, Eisenbahnwagen und eine improvisierte Velobahre. Joh. Steiner.

(10) H. gibt eine Beschreibung nebst Abbildungen eines von ihm für berittene Truppen konstruierten Krankenwagens für 4 liegende Verwundete. Neuburger.

(11) Zum Transport von Verwundeten in bergigem Gelände wird eine mit Verdeck versehene, übrigens schon bekannte Trage, die von zwei Maultieren (eins am Kopf- und eins am Fußende) getragen wird, empfohlen. Abbildung. Großheim.

(12) Die Beschreibung der von dem französischen Militärarzt Chavernac konstruierten Krankenfahrbahre (Trage in Verbindung mit einem Fahrrad) ist dem Caducée entnommen, aus dem auch die 3 Abbildungen stammen. Großheim.

(13) Benutzung der leicht zu habenden Räder von Velocipeden für die Fortschaffung von Krankentragen. Ktg.

(14) Beschreibung und Abbildung eines eisernen Rahmens, der einerseits leicht mit den beiden Rädern des Velocipeds, anderseits mit der Krankentrage verbunden werden kann, um aus dieser eine Fahrbahre zu improvisieren. Ktg.

(15) Weitere Studie zur Benutzung von Velocipedrädern für den Verwundetentransport. Mit 6 Abbildungen. Ktg.

(16) Es handelt sich um Vorrichtungen zum Eisenbahntransport. Die Gestelle und dazugehörenden Feldbetten sind aus Latten konstruiert, die z. T. verzinkt, z. T. durch Doppelhaken verriegelt werden können. Die Betten (Trageform) werden zwischen zwei federnden Stangen mit Hanfschlaufen aufgehängt. Jedes Schleudern oder Kippen ist wirksam verhindert. Die gekuppelten Gestelle nehmen in ihren einzelnen Bestandteilen verpackt sehr wenig Platz ein. Zusammengesetzt eignen sie sich zur Aufstellung in Güterwagen, Schiffen, Scheunen, Schuppen, Baracken. Aufstellung wie Abbruch ist nach einer beigegebenen Anweisung von jedermann zu machen. In einem Güterwagen lassen sich 4×2, zur Not 6×2 Feldbetten in diesen Gestellen unterbringen. Vielseitigkeit und

Einfachheit charakterisieren das System, welches vom Kriegsministerium zur Einführung für Hilfslazarettzüge in Aussicht genommen sein soll. Ktg.

(17) Das Gerüst der Trage besteht aus 55 festen Bambusstäben von Mannslänge und 2 cm Breite, die durch derbe Leinwand nach Art der Roll-Tischdecken miteinander beweglich verbunden sind. Innen eine weiche Einlage und ein Kopfpolster. Der Verwundete wird gleichsam darin eingewickelt und verschnürt. Er kann dann an den festen Seilgriffen beider Enden sowohl getragen wie geschleift, wie auch hochgezogen oder heruntergelassen werden, ohne daß seine gerade Körperlage verändert wird. Die Trage nimmt, wenn sie außer Gebrauch ist, zusammengerollt einen sehr geringen Raum ein. Sie kann durch jede Öffnung (Mannloch usw.) zu dem Verwundeten hingebracht werden und sichert ihn während des Transportes in sehr vollkommener Weise. Im Kriege 1904/05 bewährte sie sich gut. Ktg.

(18) Die Straßenbahnen berühren heutzutage in den meisten Städten einerseits die Bahnhöfe oder Landungsstellen der Dampfer, anderseits die Stadtteile, in denen die Krankenanstalten, Kasernen usw. liegen, welche im Kriege für Reservelazarette in erster Linie ausersehen sind. Die Nutzbarmachung der Straßenbahnen für den Krankentransport in Kriegszeiten liegt so auf der Hand, daß man sich nur wundern muß, daß die Kolonnen noch nicht allgemein auf die Einübung dieses wichtigen Dienstzweiges gekommen sind. (Als ich vor mehreren Jahren die Leitung der freiwilligen Sanitätskolonnen zu Königsberg i. Pr. auf diese Aufgabe hinwies, wurde mir zur Antwort, die Beladung der Straßenbahnwagen mit liegenden Kranken scheitere an der Enge der Türen. Die vorliegende Arbeit zeigt das Beladen durch die Fenster. Es dürfte aber kaum Schwierigkeiten begegnen, mit den Straßenbahnverwaltungen Abkommen zu treffen, nach denen neue Wagen so zu bauen wären, daß man die Tragen durch die Türen einbringen kann. Außerdem kann es der Technik keine Schwierigkeiten verursachen, die Wagendecke so zu konstruieren, daß über den Sitzreihen noch Tragen aufgehängt werden können. Da in jedem Wagen 4 bis 8 liegende und außerdem eine Anzahl sitzender Leute bequem transportiert werden können, so lohnen solche Vorkehrungen im Kriegsfalle wohl die Mühe. Ref.) Ktg.

(19) Abbildung und Beschreibung eines von der Sanitätskolonne Königsberg aptierten Kahnes. Die Kähne können 60 liegende Verwundete befördern. Ktg.

(20) Enthält bemerkenswerte Angaben über die Aptierung von Flußfahrzeugen für den Verwundetentransport. Ktg.

(21) Die rührige Königsberger Kolonne hat zwei neue Systeme zur Aptierung von Güterwagen für den Verwundetentransport konstruiert, die Beachtung verdienen. Es sind das die Systeme von Beil (1904) und Pietrzyk (1906). Bei dem B.'schen gehen durch senkrechte Tragständer Querstangen, an denen die Tragen zu 2 oder 3 übereinander in federnden Ringen aufgehängt werden. Im Waggon sind 4 Tragständer vorgesehen, welche bis zu 12 Tragen aufnehmen können. Bei dem P.'schen System tragen eiserne Ständer bewegliche Konsolen, auf denen umgekehrte Grundsche Federn befestigt sind, die die Tragen aufnehmen. Auch hier können zwölf befördert werden. Der Preis stellt sich für den halben Waggon auf 90 bzw. 100 Mk., die Verpackung nimmt wenig Platz ein; die Aufstellung ist im Gebrauchsfalle von jeder Art von Arbeitern schleunigst auszuführen. Ktg.

(22) Für einen schnellen Abtransport der im modernen Kriege in großen Schlachten täglich zu erwartenden vielen Tausende von Verwundeten sollen die Massen von Automobilen mobilisiert werden, welche sich im Privatbesitz befinden. Sie werden den Ambulanzen zugeteilt und übernehmen zunächst den Transport der Verwundeten in die Feldlazarette. Diese letzteren können im Hinblick auf die Schnelligkeit des Automobiltransportes wesentlich weiter zurücketabliert werden, als jetzt. Bei guten Verbindungen (Verf. exemplifiziert an einem Kriege zwischen Frankreich und Deutschland), kann das Feldlazarett 40 km vom Schlachtfelde entfernt, und somit in Gegenden bleiben, die an Gebäuden und sonstigen Hilfsquellen für die Verwundetenpflege viel bessere Bedingungen bieten, als die ausgesogenen Ortschaften dicht hinter den Riesenarmeen. Die Automobile würden unaufhörlich zwischen der Armee und dieser hinteren Zone unterwegs sein und gleichzeitig der Heranführung von Proviant usw. nach vorn dienen können, wenn sie leer zurückkehren. Man müßte ihre Zahl und Art schon im Frieden feststellen und im übrigen den Besitzern bestimmte Vorschriften für den Mobilmachungsfall übergeben. Natürlich können die Automobile nach den Schlachten in gleicher Weise den weiteren Rücktransport der Verwundeten aus den Feldlazaretten unterstützen, sei es zur Eisenbahn, sei es direkt zu den stehenden Lazaretten im Innern. Auch mit diesen Fahrten ließe sich zurück ein umfänglicher Transport von Sachen für die vorn stehenden Formationen verbinden. Das Ganze würde, gut organisiert, wesentlich zur Entlastung des Armeetrains und der Eisenbahnen beitragen.

Der Gedanke ist gut. Das deutsche Heer hat ja mit der Heranziehung des Automobilklubs für den Kriegsdienst höherer Stäbe einen Anfang gemacht. Es ist nicht daran zu zweifeln, daß dieses moderne Beförderungsmittel auch für den Sanitätsdienst eine Rolle spielen wird. Ktg.

(23) Stete Bereitschaft, geringer Raum als Standort, Schnelligkeit und Zuverlässigkeit des Betriebes empfehlen das Automobil namentlich in den Städten zum Krankentransport. Die Unterhaltungskosten für das Auto sind vorläufig aber noch höher als die für bespannte Wagen. Ob Spiritus-, Benzin- oder elektrische Motoren den Vorzug verdienen, ist noch eine offene Frage. Wenn es nicht auf den Preis ankommt, zweifellos letztere; aber „Akkumobile“ sind an elektrische Zentralen gebunden und ihr Aktionsradius ist begrenzt, da sie vom jeweiligen Wiederladen abhängig bleiben. Der Berliner Verband für erste Hilfe hat indes kürzlich ein solches Akkumobil für den Krankentransport eingestellt. Der Wagen kostet 10 000 Mk., läuft außerordentlich ruhig und kann mit 25 km Geschwindigkeit in der Stunde an den Ort dirigiert werden, wo er gebraucht wird. Ktg.

(24) Aus Krankentrage auf 4 Ski improvisierter Schlitten zur Krankenbeförderung. Msr.

(26) Besprechung der Einrichtung von Schiffen zum Verwundetentransport in Österreich, Italien, Frankreich und der Schweiz, Lagerung der Verwundeten und ihre Verpflegung auf ihnen. Allgemein tritt das Streben zutage, derartige Schiffseinrichtungen schon in Friedenszeiten vorbereitet zu halten, damit die Mobilmachung der Schiffssanitätszüge in kürzester Zeit erfolgen kann.

5. Genfer Konvention.

1) Die Konferenz zur Revision der Genfer Konvention. Vereinbarter Text. B. i. C. R. Nr. 147 v. Juli 1906. — 2) Kommentar dazu. B. i. C. R. Nr. 148 v. Oktober 1906. — 3) Die neue Genfer Konvention. R. Mil. s. 1906. Nr. 8. — 4) Steiner, Joh. Betrachtungen über die Revision der Genfer Konvention. St. ö. m. Z. 85. Jahrg., Bd. 2, Heft 7. — 5) Werner. Die Revision der Genfer Konvention. D. m. W. 1906. Nr. 17. Ref. D. m. Z. 1906, S. 369. — 6) Verletzung der Genfer Konvention durch die Russen. B. i. C. R. 1906, Heft 1.

(1 u. 2) Die Konvention hat nach den letzten Kriegserfahrungen wesentliche Erweiterungen erfahren. Namentlich hinsichtlich des in feindliche Gewalt gefallenen Sanitätspersonals und Materials, und hinsichtlich des internationalen Schutzes des Roten Kreuzzeichens vor gewerblichem und sonstigem Mißbrauch. Der letztere Punkt wird kaum Schwierigkeiten hervorrufen. Über den ersteren entscheiden im Kriegsfalle wesentlich die Kommandierenden. Militärische Gründe können jederzeit die gutgemeinten Festsetzungen abschwächen und sowohl die Verwendung, wie die Heimsendung des dem Feinde überlassenen Sanitätspersonals beeinflussen. Ktg.

(3) Wichtigere Neuerungen gegenüber dem bisherigen Abkommen sind: 1. Die Maßnahmen zum Schutze der Verwundeten vor den Schlachtfeldräubern. 2. Die Feststellung der Identität der Gestorbenen. 3. Die Gleichhaltung der freiwilligen mit den offiziellen Sanitätspersonen. 4. Die Bestimmung, daß in die Hand des Feindes gefallene Sanitätsanstalten nur die Fahne mit dem roten Kreuz gehißt zu lassen haben. 5. Die Beibehaltung des einheitlichen Schutzzeichens und zwar des roten Kreuzes auf weißem Grunde. 6. Die Strafbestimmungen gegen den Mißbrauch des Zeichens und Namens des Roten Kreuzes. Joh. Steiner.

(4) Die Abhandlung soll zur Aufklärung weiterer militärischer Kreise über die Revisionsbestrebungen der Genfer Konvention dienen. Selbstbericht.

(6) Die bekannten Vorwürfe werden wiederholt. Mißbrauch der Armbinde, Verkleidung der Kombattanten, Angriffe auf Ärzte und Krankenträger, Vernichtung an Lazarettmaterial usw. wird den Russen in vielen Einzelheiten vorgeworfen. — Ganz wie seitens der russischen Behörden gegenüber den Japanern geschah. Die Anschuldigungen beruhen sicher zum Teil auf Irrungen. Viele werden auch richtig sein, da in einer so großen Armee wie der russischen, mit so vielen ganz ungebildeten Elementen, in der Wut des Kampfes und der steten Niederlage nicht der Grad von Erkenntnis vorausgesetzt werden darf, den die Beachtung der Genfer Konvention fordert. Solche Verletzungen werden mehr oder weniger in jedem Kriege vorkommen. Ktg.

6. Freiwillige Krankenpflege.

1) Petersen. Zur Geschichte der Krankenpflege. R. K. 1906, Nr. 1. — 2) Bogaiewsky. La Croix-Rouge au point de vue du développement du droit international. B. i. C. R. 1906, Nr. 147. — 3) Derselbe (übers. von Thormeyer). La Croix-Rouge et la Convention de Genève en Russie et ailleurs

de 1872 à 1902, B. i. C. R. 1905. S. 270, 1906, S. 43. — 4) Zulassung von Sanitätskolonnen und sonstigen Organisationen der freiwilligen Krankenpflege zur Teilnahme an Truppenübungen. D. m. Z. 1906 a. Bbl. Nr. 11. — 5) Informationskurse für Delegierte der freiwilligen Krankenpflege. — 6) Staatliche Prüfung von Krankenpflegern. D. m. W. 1906, Nr. 15. — 7) Weber, H. Lehrplan für Ausbildung von freiwilligen Hilfsschwestern und Helferinnen vom Roten Kreuz. R. K. 1906, Nr. 18 und 19. — 8) Körting. Ausbildung von Krankenpflegerinnen in Nordamerika. R. K. 1906. Nr. 19. — 9) Gelpke. Aus der Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege. R. K. 1906, Nr. 11. — 10) Kimmle. Japanische Soldaten in Deutschland und das deutsche Rote Kreuz. R. K. 1906. Nr. 1. — 11) Organische Bestimmungen für die freiwillige Sanitätspflege im Kriege durch den souveränen Malteser-Ritterorden, Großpriorat von Böhmen und Österreich. N. V. Nr. 15 und V. Nr. 811. — 12) Festschrift der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft. Wien 1906. — 13) Das schweizerische Rote Kreuz. A. Sch. M. Z. 1906, Nr. 25. — 14) Das russische Rote Kreuz nach dem Kriege. R. m R. 1906, Heft 1. — 15) Résolutions de la conférence de St. Pétersbourg et Règlement des conférences internationales. B. i. C. R. 1906, Heft 2. — 16) Der schwedische Verein vom Roten Kreuz und der Jahresbericht des schwedischen Samaritervereins vom 10. 11. 1905. T. M. H. 1906, Heft 1. — 17) Macpherson. The organisation and resources of the red cross society of Japan. R. A. M. C. 1906, S. 467. D. m. Z. 1908, S. 83.

(1) behandelt die Krankenpflege von ihren ersten Anfängen im Mittelalter bis auf die Jetztzeit. Johanniterritter, Deutschritter, Beguinen, barmherzige Brüder 1540; dann die privaten Genossenschaften des XVIII. Jahrhunderts, endlich die außerordentliche Entwicklung im XIX. werden kurz geschildert. Wer sich über Vinzentinerinnen und andere der Krankenpflege gewidmete katholische Orden, über die Diakonen- und Diakonissenanstalten, die modernen Johanniter und endlich die Rote Kreuzgenossenschaften unterrichten will, findet das Erforderliche in diesem Vortrage zusammengetragen. Ktg.

(2) Verf. untersucht die Verhältnisse, unter denen sich der Kriegsverwundete und seine Helfer befanden, vom Mittelalter an bis auf die Neuzeit. Den Hauptinhalt bildet die Geschichte des Roten Kreuzes. Ktg.

(3) Historischer Überblick mit besonderer Berücksichtigung des vom russischen Roten Kreuz Geleisteten.

(8) Die Ausbildung in Philadelphia, von der der Artikel handelt, ist eine dreijährige, und bezieht sich auf alle Zweige der Verwendung: Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Wöchnerinnen- und Kinderpflege; Hygiene, Arzneimittellehre und Apothekendienst. Die Lehrschwestern befinden sich von Anfang an in der vollen Verpflegung des Hospitals, wo sie wohnen; sie erhalten von Anfang an ein Taschengeld und haben alljährlich Urlaubsanspruch. Der Umfang und die Art des Unterrichts sichert den Ärzten eine ausgezeichnete Assistenz. Freilich ist an anderer Stelle die Befürchtung laut geworden, daß die so ausgebildeten Schwestern sofort Privatpraxis im ärztlichen Sinne beginnen, wenn sie aus dem Hospitaldienst austreten. Ktg.

(9) Der Vortrag gibt einen kurzen, aber gut orientierenden Überblick über die Organisation der Genossenschaft, wie sie sich seit ihrer Grün-

dung durch Dr. Wichern 1886 entwickelt hat. Sie umfaßte zur Zeit 57 Verbände mit 10549 Mitgliedern, von denen 4091 an praktischen Unterrichtskursen teilgenommen hatten. 51 Pfleger der Genossenschaft waren in Südwest-Afrika tätig. Auch am Rettungsdienst im Frieden nahmen solche regen Anteil. Ktg.

(11) Für den freiwilligen Sanitätsdienst des böhmisch-österreichischen Großpriorats des Malteser-Ritterordens wurden im Jahre 1906 neue Bestimmungen ausgegeben, durch welche die vom Orden auszurüstenden 6 — erforderlichenfalls 12 — „Spitalzüge“ wieder auf die Höhe der Zeit gebracht werden.

Die Malteserzüge unterstehen im Kriege hinsichtlich Verwendung vollkommen den Militärbehörden. Der innere Sanitätsdienst auf den Zügen wird vom Generalchefarzt des Ordens nach Weisungen des Fürstgroßpriors geleitet und überwacht. Die Details regelt eine eigene „Dienstvorschrift“. Joh. Steiner.

(12) Die vom unvergeßlichen Jaromir von Mundy als erstes und bahnbrechendes Institut dieser Art begründete Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft konnte am 9. Dezember 1906 auf eine 25jährige, segensvolle und erfolgreiche Tätigkeit zurückblicken.

Die aus diesem Anlaß erschienene Festschrift enthält u. a. eine Skizze über das Rettungswesen in Wien seit Maria Theresia bis zur Gründung der Gesellschaft, eine Biographie Mundys, einen geschichtlichen Abriß über die Entstehung und Entwicklung der Gesellschaft samt einer Chronik der hauptsächlichsten Ereignisse im Zeitraume 1891 bis 1906, Statistisches über die Hilfeleistungen und eine Beschreibung des Sanitäts- und Transportmaterials der Gesellschaft, die für Militärärzte besonders interessant ist.

Nach ihren Statuten beteiligt sich die Gesellschaft auch an dem freiwilligen Sanitätsdienste im Kriege durch Errichtung von Krankenhaltstationen auf den Bahnhöfen in Wien und durch Besorgung des Verwundetentransports von den Bahnhöfen in die Spitäler. Seit kurzem werden die Hörer der militärärztlichen Applikationsschule zu den Interventionen der Rettungsgesellschaft beigezogen, um die erste Hilfeleistung bei Unfällen aller Art praktisch zu erlernen. Joh. Steiner.

(14) Eine Reorganisation ist geplant. In dem Projekt spielt die Errichtung von Lehranstalten eine Rolle, in denen tüchtige Gehilfen und Gehilfinnen ausgebildet werden sollen. (Dazu hat wohl die japanische Organisation das Vorbild gegeben). Ktg.

(15) Für die nächste 1907 zu London stattfindende internationale Konferenz der Vereine vom Roten Kreuz sind einige Vorlagen geplant, welche weiteres Interesse beanspruchen. Dazu gehört unter V. die Ausbildung der Frauen, welche in Kriegszeiten als freiwillige Pflegerinnen dienen wollen; unter VI. Wirksamer Schutz des Zeichens des Roten Kreuzes vor Mißbrauch durch die Industrie (in Deutschland bekanntlich gesetzlich geregelt). Ktg.

7. Russisch-japanischer Krieg.

1) Aus dem russisch-japanischen Kriege 1904/05. 1. Port Arthur. Mit 12 Karten und zahlreichen Ansichten. Kriegsgeschichtliche Einzelschriften. Herausgegeben vom Großen Generalstabe. Berlin 1906, E. S.

Mittler & Sohn. — 2) Die russischen Verluste im ostasiatischen Kriege R. K. 1906, S. 9 und D. m. Z. 1906, S. 426 — 3) Colmers. Vier Wochen in der Front der russischen Armee. R. K. 1906, Nr. 7 bis 10. — 4) Zoege v. Manteuffel. Erste ärztliche Hilfe auf dem Schlachtfelde. D. m. W. 1906, Nr. 16. — 5) v. Voß, G. Erlebnisse und Gedanken eines russischen Militärarztes. 1904/05. Leipzig 1906. G. Schlemminger, nach D. m. W. 1906, Nr. 52. — 6) Le service de santé russe en Mandchourie. Choses vues. Cad. 1906, Nr. 13. — 7) Follenfant. Formations sanitaires de bactériologie et de désinfection. Cad. 1906, Nr. 18. — 8) Derselbe. L'hygiène des armées dans les pays froids d'après les enseignements de la guerre russo-japonaise. Bull. off. u. f. m. rés. 1906, Nr. 6 u. 7. — 9) Borischpolski. Die Pflege und Behandlung der Geisteskranken auf dem Kriegsschauplatz während des ersten Jahres des russisch-japanischen Krieges. R. m. R. 1906, Nr. 8. — 10) Campagne de Mandchourie 1904/05. Morts et blessés de l'armée japonaise. Cad. 1906, Nr. 9, Bespr. D. m. Z. 1906, S. 429. — 11) Pertes éprouvées par le corps de santé japonais dans la dernière guerre. Cad. 1906, Nr. 6. — 12) Vigné. A propos de la lutte russo-japonaise. Cad. 1906, Nr. 4. — 13) Körting. Aus dem Sanitätsdienst im Felde bei den Japanern. M. Kl. 1906, Nr. 35. — 14) Derselbe. Aus dem Sanitätsdienst der russischen Armee in der Mandschurei. M. Kl. 1906, Nr. 36. — 15) Steiner. Über den Sanitätsdienst der Japaner im Kriege gegen Rußland. St. ö. m. Z., 83. Jahrg., 2. Bd., Heft 10. — 16) Derselbe. Über den japanischen Marine-Sanitätsdienst im Kriege gegen Rußland. W. m. Pr. 1906, Nr. 7. — 17) La tenue d'hiver des Japonais en Mandchourie. Cad. 1906, Nr. 1. — 18) La tenue du soldat japonais. Cad. 1906, Nr. 13. — 19) Matignon. Les cantonnements souterrains de l'armée japonaise. Cad. 1906, Nr. 19. — 20) Derselbe. La grenade à mains de l'armée japonaise. Cad. 1906, Nr. 10. — 21) G. Les nouveaux explosifs usités à Port Arthur. Cad. 1906, Nr. 6. — 22) Matignon. Les hopitaux baraqués de Tokio. Cad. 1906, Nr. 16. — 23) Derselbe. Les hopitaux des prisonniers de guerre de Matsuyama. Cad. 1906, Nr. 11. — 24) Derselbe. Évacuations par navires japonais. Cad. 1906, Nr. 14. — 25) La désinfection des troupes japonaises rentrant de la campagne de Mandchourie. Rev. d'hyg. et d. pol. sanit. 1906, S. 661. Bespr. D. m. Z. 1907. — 26) Stephan. Ärztliche Erfahrungen aus dem russisch-japanischen Seekriege. M. R. 1906, S. 3. — 27) Konik. Beobachtungen über die Heilung der Schußwunden im russisch-japanischen Kriege. R. m. R. 1906, Heft 1. — 28) Les blessures à l'hôpital allemand de Tokio. Nach Arch. gén. de méd. 1906, Nr. 4 in Cad. 1906, Nr. 7. — 29) Neumann. Einiges ärztlich Bemerkenswerte vom russisch-japanischen Kriege. M. Kl. 1906, Nr. 18. — 30) Schücking. Sanitär Bemerkenswertes aus dem russisch-japanischen Feldzuge. M. A. 1906, Nr. 1 bis 6. — 31) Janssen. Impressions sur la guerre russo-japonaise. Cad. 1906, Nr. 4. — 32) Koike. Kurze Übersicht über die Erfolge des Sanitätsdienstes der japanischen Armee während des japanisch-russischen Feldzuges 1904/05. D. m. Z. 1906, Heft 8. — 33) Schwiening. Einige Bemerkungen über die Verluste der Japaner im russisch-japanischen Kriege 1904/05. D. m. Z. 1906, Nr. 9. — 34) La Croix-Rouge Russe en Mandchourie, Cad. 1906, Nr. 4. — 35) La Croix-Rouge japonaise pendant la guerre russo-japonaise. B. i. C. R. 1906, S. 33. — 36) L'oeuvre en faveur des blessés russes de leurs veuves et de leurs orphelins. B. i. C. R. 1906, Heft 1. — 37) Borchert. Die Tätigkeit des japanischen Roten Kreuzes

im russisch-japanischen Kriege. R. K. 1906, Nr. 19. — 38) Rupprecht Prinz von Bayern. Reiseerinnerungen aus Ostasien. München 1906, C. H. Beck. Bespr. D. m. Z. S. 30.

(1) Das Buch enthält einige Angaben über die ökonomische und Sanitätsausrüstung der Festung. Ktg.

(2) Nach Angaben des Generalstabes verlor die russische Armee an Toten:

1. Auf dem Schlachtfelde	34 064	Mann
2. An Wunden und Krankheiten in der Mandschurei gestorben	8 983	„
3. In japanischer Gefangenschaft gestorben	1 803	„
4. Westlich des Baikal gestorben von den 120 000 Evakuierten etwa	2 256	„
5. In den letzten drei Monaten des Krieges noch in der Mandschurei gestorben etwa	945	„
6. Desgleichen von noch 30 000 Evakuierten	564	„
7. In Port Arthur etwa	11 000	„
8. Auf der Flotte etwa	7 000	„
Zusammen tot . . .	66 615	Mann

Die Russen haben also erheblich weniger eingebüßt als die Japaner, und weniger als im Türkenkriege 1877/78, in dem 100 000 starben, davon 80 000 an Krankheiten. Der Verf. hält indes die Zahl für zu niedrig, da nach Angaben aus dem Ministerium des Innern allein 40 000 Witwen von Kriegsopfern zu versorgen waren. Ktg.

(3) Verf. schloß sich nach der Schlacht bei Mukden einer Transportkolonne an, die in Erwartung neuer Kämpfe bei Guntschulin südlich Charbin organisiert wurde. Die Kolonne hatte 40 zweirädrige finnische Karren für je zwei liegende Verwundete. Außerdem kann einer vorn sitzen. Die Verpflegung erfolgte aus einer fahrbaren Feldküche.

Zu tun erhielt die Kolonne nichts mehr. Der Gesundheitszustand der Truppen war vortrefflich, wozu die als ausgezeichnet gerühmte Verpflegung viel beitrug.

Von militärärztlichem Interesse ist nur die genaue Schilderung der finnischen Krankenwagen. Ktg.

(4) Bespricht die Organisation der ersten ärztlichen Hilfe bei der russischen Armee in der Mandschurei und die daselbst gemachten Erfahrungen. Geht sodann auf die Verwundungen ein.

(5) Bericht über die sanitären, politischen und ökonomischen Zustände Rußlands während des letzten Krieges.

(6) Erinnerungen einer Dame, die den Krieg als freiwillige Pflegerin bei einem Feldlazarett mitmachte. Sie bestätigt Bekanntes. Ktg.

(7) Der russische Sanitätsdienst hatte außer anderen Infektionskrankheiten mit Pest und Cholera zu rechnen. Beide blieben glücklicherweise fern. Außerdem kam Variola, Ruhr, Fleckfieber und Typhus in Betracht. Jedem Korpsarzt wurde ein Bakteriologe von Fach beigegeben. Außerdem wurden besondere Formationen zur Seuchenbekämpfung errichtet, welche wissenschaftliche Feststellungen und Desinfektionen auszuführen hatten. Solche Behörden saßen in Mukden, Charbin, Tchita, Chabarowsk, Niclolsk-Ussuri usw. Sie hatten 2 Ärzte, 3 Feldschere,

6 Sanitäre (unter ersteren 1 Apotheker); 5 Wagen nebst Fahrpersonal; 1 transportables Laboratorium; einen Vorrat an Heilserumsorten und mehrere Formalinapparate. — Desinfektionskolonnen für die Desinfektionen in den Truppenrayons hatten nur 1 Arzt und 4 Wagen, sonst dasselbe Personal.

Die Gesamtzahl dieser Formationen belief sich am 15. 6. 1905 auf 2 bakteriologische, 4 Desinfektionskolonnen beim Chef des Feldsanitätswesens; 1 bzw. 2 bei jedem Korpsarzt; eine unbekannte Zahl bakteriologischer Untersuchungsstellen und 14 Desinfektionskolonnen bei den Lazaretten und Truppen. Regelmäßige Trinkwasseruntersuchungen wurden in allen Kantonnements ausgeführt; jeder verdächtige Brunnen wurde geschlossen. Das Rote Kreuz stellte ähnliche Formationen auf; die vollkommenste war der sogen. Train Botkin, ein Eisenbahnzug für bakteriologische und Desinfektionszwecke; er enthielt auch eine Eisfabrik. Zusammen 8 Waggons. Der Zug blieb in Charbin und bildete dort das Zentrum für die betr. Arbeiten. Unter anderen desinfizierte er im Winter 1904/05: 40 000 Pelze. — Ein ähnlicher, kleinerer Zug arbeitete in Tschita.

Endlich wurde eine großartige Desinfektionszentrale in Irkutsk geschaffen. Sie kostete 400 000 Mk.; ihr Inventar stammte aus Deutschland. Die Anlage umfaßt eine Desinfektions-, eine Bade- und eine Waschanstalt; es können 300 Mann zugleich abgefertigt werden. Die Bäder sind als sogen. russische d. h. als Dampfbäder eingerichtet. Diese Anlage bleibt bestehen. Während des Krieges funktionierten ähnliche kleinere in Omsk und Tscheljabinsk.

Dem Badebedürfnis der Truppen und ihrem Wäschereibetriebe dienten Öfen und Bassins, welche sich die darin geübten Truppen an jedem Ort schufen, wo sie länger verweilten. Als Arbeiter bewährten sich die Chinesen; auch als Wäscher. Nach demselben Prinzip verfuhren die Feldlazarette. Alle Kranken in ihnen waren ganz weiß gekleidet; ebenso das Personal. Stockungen in diesem Reinlichkeitsbetriebe kamen nur vorübergehend zur Zeit der großen Anhäufungen und Kämpfe vor. In Mukden leistete ein Wäschereiwaggon deutscher Herkunft lange Zeit die besten Dienste.

Diese Seite des russischen Sanitätsdienstes hat sich belohnt und ist nachahmenswert. Ktg.

(8) Eine lichtvolle Darstellung der Lehren des großen Krieges, dem F. beiwohnte. Beide feindlichen Armeen leisteten in der Hygiene Ausgezeichnetes. Nach F.s Ansicht (meiner auch) haben die Russen hierin die Japaner übertroffen. Sowohl der allgemeine Gesundheitszustand wie die Zahl ihrer an Wunden Gestorbenen war bei den Russen günstiger. (Daß sie die besseren Chirurgen hatten, geht aus den Namen ohne weiteres hervor, die bei ihnen vertreten waren.) F. hat bei den Russen keine Spur von Mißtrauen gefunden, er hat sich überall umsehen können und seinen Augen nicht trauen wollen, als er Ende 1904 bei den mandschurischen Armeen etwa ein Dutzend Fälle von Fleckfieber, etwa 40 von Milzbrand, einige hundert Typhen fand, aber weder Ruhr noch Cholera, noch Pest, noch Wundkrankheiten. Der amerikanische (Hoff) und deutsche (Schäfer) Genosse F.s haben das ebenfalls bestätigt. Die russische Armee erhob sich vom 10. 2. 1904 von 50 000 Mann auf 1 050 000 am 1. 9. 1905. Letztere Zahl, vermehrt um 212 000 Tote, Evakuierte, Entlassene, Gefangene und Vermißte, gibt das Maximum von 1 262 000 an Kopfstärke. Von dieser Zahl würde man im Frieden in Frankreich wie in Rußland

rund 600 000 Krankenzugänge mit 30 000 Todesfällen zu rechnen haben; die russischen Listen ergaben aber nur 287 000 und 5000. Der Gesundheitszustand war also besser als im Frieden!

Von 113 800 Verwundeten starben 4800 = 2,64 pCt. In einzelnen Lazaretten sank diese Zahl noch, so im Feldlazarett Nr. 44 auf 1,63 pCt.; in den Charbiner Lazaretten 1904 auf 1,45 pCt. — Vor dem Feind fielen einschl. 14 800 Vermißten*) rund 34 000, also 1 auf 3,5 Verwundete. Die Ärzte sind mit 21 Toten, 21 Verwundeten und 28 Gefangenen, die Sanitätsmannschaften mit 193 Toten, 297 Verwundeten und 47 Gefangenen dabei beteiligt. Die Artilleriewunden waren alle infiziert; von den Gewehrschußwunden im Sommer 50, im Winter 80 pCt. Trotzdem ist nur 1 von 5 Toten der Infektion erlegen. Die Ärzte bevorzugten die Asepfik; für die Immobilisation wurden Pappschienen den eisernen und dem Gips vorgezogen.

Epidemische Erkrankungen kamen 56 717 vor; darunter 25 800 Darmkatarrhe, 15 800 Typhen, 8970 Ruhr-, 4500 Malariafälle. Typhus gab 8 bis 10 pCt. Tote. Die Krankheit verlief im allgemeinen gutartig und verschwand im Winter ganz. Zu diesem glänzenden Ergebnis hat beigetragen: 1. das günstige Klima der Mandschurei; 2. die treffliche Auswahl der Soldaten in Rußland; 3. der lange Winter; 4. die günstige Bodenbeschaffenheit, welche die Oberflächeninfektion des Trinkwassers hinderte; 5. die ausgezeichnete Verpflegung und 6. desgl. Bekleidung; 7. das Fehlen der Überanstrengung außer den Schlachttagen; 8. das Verbot des Schnapsverkaufes an Soldaten.

Es ist im Rahmen des Referates leider unmöglich, die ausführliche Begründung dieser Einzelheiten auch nur andeutungsweise wiederzugeben. Bei der Verpflegung hebt F. als sehr wesentlich hervor, daß Konserven darin gar keine Rolle spielten, frische Nahrung war die Regel. Enorme Bäckereien, Schlächtereien, Märkte in allen Städten sorgten dafür. Gar nicht hoch genug ist der Tee anzuschlagen; zu seiner Zubereitung fehlte es nie und nirgends an siedendem Wasser, auch nicht an Zucker. Hoffen wir, daß man diese eindringliche Lehre auch bei uns beachte! Rohes Obst kam kaum vor, der Russe liebt es auch nicht. Somit fielen eine Masse Infektionsmöglichkeiten weg. Die fahrbaren Küchen lieferten zu jeder Zeit eine Fleischgemüsesuppe bester Qualität. F. nennt sie mit vollem Recht einen wundervollen Apparat für die Gesundheitspflege bei den Feldtruppen! Bei der Besprechung der Unterkunft hebt F. rühmend die Geschicklichkeit der Russen hervor, sich in Erdhöhlen wohnlich einzurichten.

Im Sommer 1905 war der Gesundheitszustand noch besser wie 1904. Als F. abreiste, (25. 9. 1905) hatte die Armee von mehr als 1 000 000 Menschen im ganzen 24 000 Mann = 2,4 pCt. in den Lazaretten. Die Ärzte hatten nichts zu tun, sie überlieferten sich langen Kartenspielsitzungen um den dampfenden Samowar.

F. glaubt nicht, daß in irgend einem europäischen Kriege die Gesundheitsverhältnisse besser sein können, als 1904/05 bei den Russen in der Mandschurei.

Denselben Eindruck, den F. hier mit Begeisterung schildert, habe ich aus allen literarischen Erscheinungen der letzten Zeit gewonnen. Ich beziehe mich namentlich auf die deutschen Chirurgen und auf Hoff,

*) Von 39 800. 25 000 konnten als Gefangene nachgewiesen werden.

der als Amerikaner sicher nicht voreingenommen zu den Russen kam, aber zu demselben Urteil gelangte. Ktg.

(11) Die Verluste des japanischen Sanitätskorps betrugen:

Chargen	Armee		Flotte		Summe
	g.*)	Kr.**)	g.	Kr.	
Oberstabsärzte	1	2	2	—	5
Stabsärzte	3	7	1	—	11
Oberärzte	6	7	4	3	20
Assistenzärzte	9	21	3	1	34
Summe . . .	19	37	10	4	70

Im chinesisch-japanischen Kriege 1894/95 verlor das japanische Sanitätskorps 2 Ärzte vor dem Feinde, keinen durch Krankheit. Ktg.

(15) Der japanische Marine-Generalarzt Kanehiro Tokaki hielt in New York am 29. 1. 1906 einen Vortrag über die Marine während des Krieges. Von dem Tatsächlichen interessiert folgendes: 94 pCt. der Verwundeten wurden wieder dienstfähig. (Der auch sonst etwas ruhmredige Vortragende hat hier doch wohl den Mund etwas zu vollgenommen!) Die Verluste durch Waffenwirkung betrugen:

Offiziere tot und verwundet	307
Schiffsartillerieoffiziere tot.	93
Unteroffiziere tot	891
Mannschaften tot.	2333
Nichtkombattanten tot	65
Zusammen	3689

Das stimmt fast genau mit den von Suzuki (Ber. f. 1905) mitgeteilten Zahlen. Ktg.

(16) Eine Darstellung der wichtigsten chirurgischen und hygienischen Kriegserfahrungen der japanischen Flotte auf Grund der bekannten Mitteilungen von Shigemicki Suzuki. Joh. Steiner.

(17) Die Mannschaften hatten einen braunen ungefütterten Mantel und eine Pelzweste. Sie marschierten oft in letzterer und nahmen den Mantel erst beim „Halt“ um. In der Schlacht bei Mukden wurde der Mantel getragen; die Weste blieb beim Gepäck. Zur Erwärmung der Hände dienten Pelzhandschuhe, welche aber die Finger freiließen. Diese waren leicht in den großen Ärmelaufschlägen des Mantels zu erwärmen. Die Aufschläge werden gewöhnlich durch einen Knopf in ihrer Lage gehalten, sie können aber heruntergelassen werden und bedecken dann die Hand völlig. Jeder Mann hatte 2 Paar Lederstiefel. Doch wurden chinesische Filzschuhe gern getragen, da sie so weit waren, daß 2 Paar Strümpfe darin angezogen werden konnten. Dazu kamen besondere Zehenschützer aus Leinwand. Trotzdem gab es viele Erfrierungen an den Füßen. Ktg.

*) gefallen oder an Wunden gestorben.
**) an Krankheiten gestorben.

(18) Die Bekleidung des japanischen Soldaten im Kriege war nur von Zweckmäßigkeitsgründen beeinflußt. Eine leichte graugelbe leinene Sommeruniform, eine schwere Wollkleidung im Winter. Dabei ein Überzieher mit Pelzkragen und sehr langen Ärmeln. Die Ärmel wurden gewöhnlich umgeschlagen. In der Ruhe herabgezogen, dienten sie zum Wärmen der Hände. Gelbe lederne Stiefel und beim Infanteristen Unterschenkelbinden von 2,2 m Länge; 0,1 m Breite bildeten die reglementäre Fußbekleidung; doch wurden im Laufe des Krieges auch chinesische und russische Stiefel (die viel zu groß waren), ja selbst die nationalen Strohsandalen getragen. Jeder Soldat führte eine Dose mit Kampfervaseline als Salbe gegen Wundlaufen; Intertrigo usw. bei sich. Die sehr trockene Kälte in der Mandschurei war der Fußpflege günstig; Erfrierungen relativ selten. Auch darf man nicht vergessen, daß Gewaltmärsche nur ausnahmsweise vorkamen, und daß die langen Pausen zwischen den großen Schlachten der Erholung günstig waren. Ein kleines Merkblatt der Gesundheitspflege, welches zur Ausrüstung des Soldaten gehörte und mit nachahmenswertem Ernst befolgt wurde, enthielt eingehende Regeln über Körper-, besonders über Fußpflege. Auch Staubbrillen und Fächer, die erst weiß, später graugelb waren, wurden den Leuten geliefert.

Die Minimalgröße des japanischen Soldaten betrug 1,54. Im Vergleich zu seiner zierlichen Gestalt war er der schwerstbelastete Soldat der Erde. Bei einem mittleren Körpergewicht von 54 Kilo schleppte dieser ausgezeichnete Krieger ohne Murren rund 28 Kilo! Auch die Offiziere der Fußtruppen trugen nach deutschem Muster einen kleinen Tornister und waren sehr glücklich, darin wenigstens die ersten Augenblicksbedürfnisse bei sich führen zu können. Kochgeschirr und Feldflasche bestanden aus Aluminium. Ersteres hatte 750 ccm Fassungsraum. Dazu gehörte ein Körbchen von 25 cm Länge, 8 Breite, 6 Höhe, in welchem der Soldat seinen gekochten Reis mit sich führte. Ktg.

(19) Russen und Japaner, die sich in vorbereiteten Stellungen oft wochenlang auf kaum 1000 m längere Zeit gegenüber lagen, machten Gebrauch von unterirdischen Unterkunftsräumen. Der einfachste, auf japanischer Seite war ein rechteckiges Erdloch von 2 m Tiefe, 3 m Seitenlänge, bedeckt mit einem leichten Gerüst, darüber mit Hirsestroh, welches durch Erde festgelegt wurde. Die Feuerstätte war eine Bodenvertiefung in der Mitte; ein Loch im Dach gewährte dem Rauch Abzug. Einige Stufen ließen den Eintritt zu. 10 bis 12 Mann konnten auf Vorposten einigermaßen geschützt in solcher Höhle liegen.

Vollkommener waren Höhlen von 2 m Tiefe, 5 m Länge, 4 m Breite. Zugang durch eine südlich angelegte schiefe Ebene, die unten nach der Höhle zu durch eine Erdmauer abgeschlossen war, in der sich die Türe und 1 bis 2 Fenster befanden. Erwärmung und Bedachung wie vor. Das Lager für die Insassen wurde an beiden Langseiten durch eine Erdbank dargestellt, die mit Decken belegt wurde. Am Schaho wurden ähnliche Wohnstätten von 15 m Länge und 3 m Tiefe angelegt. Diese hatten ein geneigtes Dach aus Balken, Stroh und Erde; darin waren Fenster ausgespart. Das Lager wurde nach Art der chinesischen Kangs durch Feuerkanäle erwärmt, die von der am Ende angelegten Kochstätte her beheizt wurden. Auch die Wände zeigten Belag von Hirsestroh. Ein Erdwall schützte die Anlage gegen Nordwinde. In solchen Räumen wohnten 30 bis 40 Mann. Erleuchtung durch Laternen. In der Nachbarschaft wurden Erdlatrinen erbaut, meist auch eine improvisierte Anlage

für heiße Bäder. In dem trockenen Winter der Mandschurei hielten sich solche Anlagen sehr gut. Zur Erwärmung dienten in den vollkommneren Erdhöhlen Ziegelöfen. Solche Räume nahmen auch die Krankenstuben auf. Doch ließen die Japaner die Kranken und Verwundeten stets nach wenigen Tagen evakuieren, weil die Ventilation sehr zu wünschen übrig ließ und es den Kranken nicht möglich war, wie den Gesunden, sich diesen Schädlichkeiten dadurch zu entziehen, daß sie Tags über im Freien blieben. Ktg.

(20) Die Konstruktion der Handgranaten wurde während des Krieges dauernd vervollkommnet. Die letzte Form, welche bei Mukden u. a. auch gegen Kavallerie Verwendung fand, bestand aus einem Blechzylinder von 6 cm Länge und 4 cm Durchmesser, der mit Schimosepulver gefüllt war. Im Innern befand sich eine Schlagröhre, deren Zündpille durch eine Nadel zur Explosion gebracht wurde, die vom Boden des Gefäßes ausgehend beim Aufschlag gegen die Zündpille vorgetrieben wurde. Um die Granate stets mit dem Boden voran auftreffen zu lassen, waren sie in der Nähe desselben durch einen Bleiring von 3 cm Breite und 1 cm Dicke beschwert. Oben setzte sich die Sprengbüchse in eine sich verjüngende Blechröhre fort, an deren Ende ein 60 cm langes derbes Band befestigt war. An diesem Bande wurde die Granate mit Leichtigkeit 40 bis 50 m weit geschleudert. Versager kommen bei dieser Konstruktion nicht vor. Die Russen benutzten ähnliche Handgranaten, denen nach diesen Erfahfahrungen wohl eine Zukunft in der Kriegsausrüstung vorauszusagen ist. Ktg.

(21) Beschreibung der Zusammensetzung und Wirkung der von Russen und Japanern angewandten Handgranaten und Erdtorpedos. Ktg.

(22) Im Frieden standen in Japan rd. 25 000 Betten für Kranke in Hospitälern bereit. Nach Beginn des Krieges wurde diese Zahl durch Barackenbauten auf rd. 300 000 erhöht. In Tokio befand sich das Militärhospital zu Taoyama und das des Roten Kreuzes. Beide wurden nach ärztlichen Plänen und unter ärztlicher Oberleitung auf 12 000 Plätze erweitert. Die Zentraldirektion blieb militärärztlich; sie empfing vom Generalstabe die Mitteilung von den anlangenden Transporten, organisierte die Trägerkolonnen und verteilte die Kranken. Das gesamte Unterpersonal stammte von der freiwilligen Pflege.

Alle Baracken waren nach dem nämlichen Typus konstruiert und gruppenweise durch bedeckte Gänge miteinander verbunden. In der Regel waren die einzelnen Gebäude 100 m lang, 8 m breit und an den Seiten 5 m, in der Mitte bis zum Dachfirst 10 m hoch. Sie wurden recht eng belegt; die Matratzen lagen großenteils direkt auf dem Fußboden, nur die Offiziere erhielten eiserne Bettstellen. Jede Barackengruppe hatte eine eigene Küche. Hinsichtlich der Details der Einrichtung und der Einteilung des Personals wird auf das Original verwiesen. 1 Arzt kam etwa auf 50 bis 60 Verwundete; 1 Gehilfe auf 5. Operiert wurde in Tokio nicht viel. Sowohl die chirurgischen wie die innerlich Kranken wurden nach der Art der Verletzungen oder Krankheiten abgesondert. Es gab z. B. Säle für Verletzungen der Augen, der Nase, des Unterkiefers usw. So gingen allein 500 Schußfrakturen des Unterkiefers durch das Hospital von Taoyama. Sehr sorgfältig war die Journalführung, verbunden mit graphischen Darstellungen, Photo- und Radiogrammen. Jeder Verwundete brachte ein Krankenblatt mit einem Körperschema mit,

welches von der ersten Aufnahme an bei allen Sanitätsformationen durch sorgfältige Eintragungen laufend erhalten war.

Die Grundlage der Verpflegung bildete der Reis; bei der gewöhnlichen Kost wurde auch Fisch in mancherlei Form regelmäßig gegeben. Als Getränk Tee und heißes Wasser, welches gern genossen wird. Dazu eine regelmäßige kleine Portion Reisbranntwein (Sake).

An dem ganzen Dienst wird die vollendete Ruhe, Akkuratesse und die Höflichkeit des Tones im Verkehr rühmend hervorgehoben. Die unübertreffliche Ausführung des gesamten Dienstes gewann dadurch den Charakter etwas Selbstverständlichen, von dem niemand Aufhebens machte, weil niemand es anders erwartete. Ktg.

(23) In Matsuyama wurden die großen Kriegsgefangenendepots angelegt und dazu ein einfaches aber zweckmäßiges Lazarett gebaut. Es bestand aus 25 hölzernen Baracken von 80 m Länge, die in zwei Gruppen angeordnet waren. Ein bedeckter Gang verband alle Baracken. 2 Operationssäle, Küche, Magazin, Apotheke usw. vervollständigten die Anlage. Auch ein Verbrennungsofen für gebrauchte Verbandsachen und sonstige Abfälle fehlte nicht. Die Russen besorgten ihre Küche selbst. Das Hospital bot für 2500 Kranke Platz. Leiter war längere Zeit der Generalarzt Kikuzi, bekannt durch seine Schießversuche und die Erfindung des Reisstrohkohleverbandes. Unter ihm dienten 13 Ärzte; davon 10 des Roten Kreuzes. Die Krankenpflege war ausschließlich in den Händen des Roten Kreuzes. Sie wurde in der einen Hälfte von Pflegern, in der andern von Pflegerinnen wahrgenommen, nicht gemeinsam. Russische Ärzte waren eine Zeitlang unter den Gefangenen, wurden aber nicht zur Krankenbehandlung zugelassen. Ktg.

(24) M. beschreibt die bekannten beiden Dampfer des japanischen Roten Kreuzes Kosai Maru und Hakuai-Maru, über welche wir 1904 und 1905 wiederholt berichtet haben. Neu ist der Überblick über die Gesamtleistung. Die beiden Schiffe machten bis zum Oktober 1905 99 mal die Reise zwischen Hiroshima und Dalny. Sie evakuierten 23 393 Verwundete; darunter 643 Gefangene. An Bord starben 92, davon 17 Blessierte, 75 Kranke, fast alle an Beriberi. — Neben diesen beiden Schiffen waren noch 22 Handelsdampfer von 1500 bis 4000 t für den Krankentransport gechartert und eingerichtet. Sie blieben unter ihren Offizieren der Handelsmarine. Das ärztliche Personal gehörte dem Roten Kreuz an, mit Ausnahme des Chefarztes, der stets ein aktiver Militärarzt war. Der größte dieser Dampfer war die Rosetta Maru. Sie hatte 4000 t Raumverdrängung und konnte 4460 Kranke liegend befördern. Die Schiffe führten luftdicht gemachte Särge bei sich, in denen die Leichen in einer Kalklage mit nach Japan geführt wurden. Versenkung ins Meer ist nicht üblich. Ktg.

(26) Stephan stützt sich auf den in der Jahresversammlung der amerikanischen Militärärzte in Detroit (B. m. J. 28. 10. 1905) gehaltenen Vortrag des japanischen Flottenarztes und gibt die von den Japanern getroffenen Maßnahmen zum Schutze der Kämpfenden und Versorgung der Verwundeten wieder.

(28) Inhaltsangabe eines Berichtes des Méd. maj. Matignon, der das Hospital in Tokio besuchte. Außer kasuistischen Bemerkungen reproduziert Dr. M. recht ungünstige Urteile der deutschen Chirurgen über ihre japanischen Kollegen; Aussagen, welche mit den bisherigen Lobpreisungen nicht in Einklang stehen. Auf Anfrage bestätigte mir Prof. Henle, daß

er in Tokio allerdings viele mangelhaften Fälle habe aufnehmen müssen, darunter versteifte Gelenke infolge zu langer Feststellung; schlechte Amputationsstümpfe usw. Er wünschte aber nicht, aus diesem speziellen Urteil allgemeine Schlüsse zu ziehen. Vgl. 31. Ktg.

(30) Eine übersichtliche Zusammenstellung der wichtigsten Erfahrungen aus dem russisch-japanischen Kriege. Joh. Steiner.

(31) Der Verf. ist ein russischer Arzt Dr. A. M. N., welcher in Port Arthur war und nachher in der Gefangenschaft der Japaner blieb. Seine chirurgischen Mitteilungen ergänzen in einigen Punkten die bekannten. Besonders imponierte die Kühnheit und Geschicklichkeit der japanischen Chirurgen, denen er häufig zusah oder assistierte. Vor Chloroformnarkosen wurde gern von Hedonal in der Gabe von 1,0 eine Stunde vorher Gebrauch gemacht. Der Patient kommt bereits schlafend auf den Operationstisch, sieht nichts von den Vorbereitungen und hat eine ruhige Narkose mit sehr wenig Chloroform.

Auf die Organisation des russischen Sanitätswesens, auch vom Roten Kreuz, ist Dr. N. sehr schlecht zu sprechen. Er wirft den höheren Angestellten Unterschlagung von Geld und Lieferungen vor. Der Alkoholismus war sehr verbreitet. Auch General Stössel war davon nicht frei, zeigte auch sonst kein Verständnis für die Forderungen des Sanitätsdienstes.

Den Ausgang der Schußwunden taxiert N. bei den kleinkalibrigen Mantelgeschossen auf 65 bis 70 pCt. Heilungen, 20 pCt. Invalide, 9 bis 10 pCt. Tote; bei den 11 mm Bleigeschossen (Murata 87) 55 bis 60 pCt. Heilungen, 24 bis 26 pCt. Invalide, 10 bis 12 pCt. Tote. Ktg.

(32) Auf Grund der vom japanischen Medizinaldepartement ergangenen Veröffentlichung macht Koike Mitteilungen über die Zahl der Verwundeten und Kranken, das Sanitätspersonal und Material, den Krankentransport und Abschub nach der Heimat, über die Behandlungserfolge, ferner über hygienische Maßnahmen während des Feldzuges, über Verpflegung und Infektionskrankheiten und gibt zum Schluß statistische Angaben, die zeigen sollen, welche glänzenden Erfolge der Sanitätsdienst bei den Japanern gezeitigt hat.

(33) Schwiening weist aus den verschiedenen Angaben über die Verluste der Japaner nach, daß die gegebenen Zahlen Koikes der genügenden Zuverlässigkeit entbehren und daß ein Vergleich der relativen Zahlen mit den in anderen Feldzügen festgestellten nicht gezogen werden kann, da nicht zu ersehen ist, ob die Kopfstärke, auf welche die Zahlen berechnet sind, die durchschnittliche Iststärke ist oder alle jemals in der Mandschurei auch nur kurze Zeit gewesenen Leute mitgezählt sind.

(34) Im Gegensatz zu dem vorhergehenden Autor ist der Verf. dieses Artikels des Lobes voll. Der französische Referent ist der Ansicht — zu der ich auch gekommen bin —, daß die Fehler einzelner doch die im ganzen großartigen Leistungen der russischen freiwilligen Krankenpflege nicht herabsetzen können. Das Rote Kreuz gab in diesem Kriege mehr als 100 Millionen Franken aus und verteilte enorme Mengen von Gegenständen. Es verfügte über einen Stab ausgezeichneter Ärzte; an Schwestern waren etwa 8000 im Dienst. Die aufgestellten Formationen beliefen sich auf 19 fliegende Kolonnen, 7 Erfrischungsstationen, 96 Sanitätszüge, mobile Wäschereien und Desinfektionskolonnen, 7 bakteriologische Laboratorien, 3 zahnärztliche Institute, 150 Feldlazarette mit 35 156 Lagerstellen, Reservehospitäler mit 35 000 Lagerstellen, Etappen-

lazarette, Lazarette für Geisteskranke, 1 Lazarett für erkrankte Schwestern 7 Depots für Kleider, Arzneien und Gerät, zahlreiche Bureaus für die Korrespondenz der Verwundeten und Kranken und für die Annahme und Verteilung von Liebesgaben.

Mehr als 10 000 Verwundete wurden auf dem Schlachtfelde gesammelt, mehr als 60 000 Mann verpflegt, mehr als 100 000 behandelt, etwa 200 000 evakuiert, 100 000 bis nach Hause expediert.

Das Rote Kreuz hat ein Drittel aller Verwundeten und Kranken behandelt, zwei Drittel weggeschafft. Seine Gesamtverwaltung kann nicht für das Versagen einzelner Glieder haftbar gemacht werden. Ktg.

(35) Brief des Vorsitzenden Grafen Matsukata vom 8. 11. 1905. Das japanische Rote Kreuz hatte insgesamt 148 Detachements mobilisiert, von denen 32 in der Mandschurei, 30 an Bord der 18 Hospitalschiffe und 78 in den Reservelazaretten der Armee und Marine tätig waren. Dazu 1 Trägerkolonne in der Mandschurei. Die gesamten Reserven an Pflegekräften mußten herangezogen, dazu noch andere — namentlich Pflegerinnen —. ausgebildet werden. Die Gesamtzahl der vom Roten Kreuz engagierten Personen erhob sich am Ende des Feldzuges auf mehr als 4000; nicht eingerechnet die etwa 1000, die im Laufe des Krieges durch Krankheit usw. ausschieden.

Im Dezember 1904 wurden 3000 gefütterte Anzüge und 200 Wolldecken für die aus Port Arthur zu erwartenden russischen Verwundeten nach Dalny dirigiert. Diese Gabe wurde nach dem Fall der Festung mit lebhaftem Dank entgegengenommen. Die Geldspenden der Neutralen vom internationalen Komitee, aus England, Österreich-Ungarn, Frankreich belaufen sich auf rund 84 000 Mark. Dazu kommen reiche Materialsendungen, besonders aus Deutschland. Dem deutschen Lazarett, welches unter Prof. Henle vom Februar bis Ende Oktober 1905 in Tokio etabliert war, wird hohes Lob gespendet.

Außerordentlich umfassend war die Tätigkeit auf den Erfrischungsstationen an den Bahnhöfen. Hier bewährten sich namentlich die Frauenkomitees. Sonst waren diese hauptsächlich mit Herstellung von Verbandmitteln und mit der Korrespondenz der Verwundeten in den Hospitälern beschäftigt.

Für die allmähliche Rückberufung der auf dem Kriegsschauplatz tätigen Formationen war ein Zeitraum von mehreren Monaten in Aussicht genommen. Ktg.

(36) Unter der Aegide der Frau des französischen Botschafters in Petersburg, Mad. Bompard, hat sich eine großartige Hilfsaktion entwickelt um die Familien der gefallenen Soldaten mit Bekleidungsgegenständen zu versehen. Das Rote Kreuz in Frankreich spendete dazu 20 000 Francs. Bis Oktober 1905 waren 30 000 Bündel Bekleidung verteilt. Weitere Sendungen waren vorbereitet. Ktg.

(37) Zwei Berichte in englischer Sprache der japanischen Gesellschaft vom Roten Kreuz geben einen Überblick über ihr Wirken im letzten Kriege. Es waren insgesamt errichtet und in Tätigkeit:

2 Lazarettschiffe.

38 Hilfsabteilungen, jede aus 2 Ärzten, 1 Apotheker, 1 Verwalter, 1 Oberpfleger oder -pflegerin und 20 Pflegern oder Pflegerinnen. Diese Abteilungen waren auf den 18 Militärlazarettschiffen tätig.

78 Hilfsabteilungen für die Kriegs- und Reservelazarette.

1 Sanitätsdepot für die Materialergänzung.

32 Hilfsabteilungen für die Feldlazarette des Kriegsschauplatzes.

1 Transportabteilung für den Etappendienst, ihr waren u. a. 120 Träger und 3 Oberträger beigegeben.

13 Agenturen der Gesellschaft waren in Japan, 1 auf dem Kriegsschauplatz tätig.

Die vom Auslande gespendeten Sendungen an Geld, Arzneien, Verbandmitteln usw. werden aufgezählt. Besonders lobend wird des deutschen Lazaretts gedacht, welches unter Prof. Henle in Tokio tätig war.

Die Gesamtorganisation der freiwilligen Hilfe im weitesten Umfange umfaßte rund 1 Million Menschen!

8. Südwestafrikanischer Krieg.

1) Zu den Kämpfen in Deutsch-Südwestafrika. Tägl. Rdsch. vom 20. 2. 1906. — 2) Steiner, Joh. Über das deutsche Feldsanitätswesen während des Aufstandes in Südwestafrika. 1904 bis 1905. M. A. 1906, Nr. 18/19. — 3) Kimmle. Die Tätigkeit des deutschen Roten Kreuzes zugunsten unseres südwestafrikanischen Expeditionskorps. R. K. 1906, Nr. 11 bis 14. — 4) Leistungen des Roten Kreuzes. Amtl. Mitteil. in Nr. 10 des R. K. 1906. — 5) K. Zur Fürsorge des Roten Kreuzes für Teilnehmer an der Expedition nach Südwestafrika. R. K. 1906, Nr. 21.

(1) Vergleichende Verlustzahlen der Kriege von 1864, 1866, 1870/71 sowie des Krieges in Südwestafrika*):

		Gefallen, vermißt, an Wunden gestorben	Verwundete ausschl. der an Wunden gestorbenen	An Krankheit gestorben	Kopfstärke
1864	Offiziere	37	148	310	61 500
	Ärzte				
	Beamte				
	Unteroffiziere	701	1 988		
	Mannschaften				
1866	Offiziere	184	606	6 427	326 000
	Ärzte				
	Beamte				
	Unteroffiziere	4 450	11 453		
	Mannschaften				
1870/71	Offiziere	1 881	4 239	14 904	936 915
	Ärzte				
	Beamte				
	Unteroffiziere	26 397	84 304		
	Mannschaften				

*) Abschließende Zahlen gibt die Anfang 1907 erschienene Arbeit von Körting: Das Sanitätswesen in Südwestafrika während des Aufstandes 1904—1906. Beiheft 3 zur M. Kl.

		Gefallen, vermißt, an Wunden gestorben	Verwundete ausschl. der an Wunden gestorbenen	An Krankheit gestorben	Kopfstärke
Krieg in Südwestafrika bis 26. Januar 1906	Offiziere	65	73	23	14 537
	Ärzte				
	Beamte				
	Unteroffiziere	577	646	615	
	Mannschaften				

(2) Nach einer Schilderung des Kriegsschauplatzes vom militärsanitäts-geographischen Standpunkte werden kurz die Entwicklung der Kolonie Deutsch-Südwestafrika und der Verlauf der Kämpfe gegen die Hereros (vom Januar 1904 bis Januar 1905) skizziert. Sodann gelangen ausführlicher die Sanitätsausrüstung des deutschen Expeditionskorps, die Beteiligung des Roten Kreuzes, die Verwendung der Feld- und Etappenlazarette sowie die Errichtung der „Krankensammelstellen“ zur Besprechung. Mit der Organisation des Krankentransportes, dem eigenartigen Gefechtssanitätsdienste und der Ausübung der Kriegshygiene (Trinkwasserversorgung) beschäftigen sich die nächsten Kapitel. Zum Schlusse wird über die beobachteten Kriegskrankheiten, insbesondere über den Typhus und die Schutzimpfungen dagegen, endlich über die bis zum August 1905 eingetretenen Verluste berichtet. Selbstbericht.

(3) Zusammenfassender Bericht über die Leistungen vom Januar 1904 bis Mitte April 1906.

(4) Bis Anfang Mai 1906 waren 14 000 Kisten mit Bekleidungs-, Lebens-, Genuß- und Stärkungsmitteln, 113 Schwestern, Pfleger und Verwalter hinausgesandt. Ein Vereinslazarett für 96 Betten mit reicher Ausstattung ist im Gebrauch. 19 transportable D. Baracken und 40 Zelte sind dabei. — 340 Offiziere und Mannschaften haben freie Brunnen- und Badekuren erhalten. Vielen bedürftigen Heimgekehrten wurden Unterstützungen in Geld und Sachen zuteil. Im ganzen waren 560 000 Mark verausgabt. Ktg.

(5) In Wiesbaden ist durch den Vaterländischen Frauenverein ein Invalidenheim errichtet worden, in dem dauernd 7 Veteranen und erholungsbedürftige Teilnehmer des Feldzuges in Südwestafrika untergebracht werden. Von letzteren hatten bis Oktober 1906 468 Offiziere und Mannschaften durch Vermittelung des Roten Kreuzes freie Brunnen- und Badekuren genossen. Ktg.

V. Marine-Sanitätswesen.

1) Belli. Igiene navale. Milano 1905, bespr. Cad. 1906, Nr. 5. (Lehrbuch für den Gebrauch des Arztes wie des Offiziers.) — 2) Jan et Planté. Marine de guerre. Paris 1906. J. B. Baillière et fils, nach Hyg. Zentralbl. 1906, Bd. I., S. 719. — 3) Stade, Karl. Der augenblickliche Stand der hygienischen Einrichtungen an Bord S. M. Schiffe. Inaug. Diss. Halle-Wittenberg 1906. — 4) Giemsa. Irrespirable Luft in Schiffsräumen. A. S. u. T. H. 1906, H. 5. — 5) Spooner. Verproviantierung der Schiffe. B. m. J. 1906, Nr. 2388 nach D. m. W. 1906, S. 1800. — 6) Tartarin. Studien über die Tuberkulose in der deutschen Marine. A. m. n. 1906. H. 3 u. 4 nach M. m. W. 1906, S. 1130. — 7) Sinowjeff. Die Tuberkulose in der russischen Flotte. Dissert. St. Petersburg 1905. R. m. R. 1906, H. 2. — 8) Sestini, L. La tubercolosi nelle gente di mare con speciale riguardo alla marineria da guerra. A. m. n. 1906, II. 4. — 9) Luzzati, A. Sulla profilassi della malattie venere a bordo delle navi da guerra. A. m. n. 1906, I. 2. — 10) Mühlens, P. Über Malariaerkrankungen an Bord, insbesondere der deutschen Kriegsmarine, und ihre Verhütungsmaßregeln. A. S. u. T. H. 1906, Nr. 11 u. 12. — 11) Stephan. Seekrieg und Alkohol. M. R. 1906, Bd. XVII., S. 697. — 12) Ministero della Marina, Corpo sanitario militare maritimo al 20 Marzo 1906. — 13) Rudberg, K. Årsberättelse öfver hälso-och sjuk-vården vid flottan och kustartilleriet under tiden från och med. 1. Okt. 1904 til den 1. Okt. 1905 etc. T. M. H. 1906, 1. — 14) Pasquale, A. Assetto sanitario ed igienico in navi da battaglia di 1 classe. A. m. n. 1906, I, 1. — 15) Montano, A. Statistica degli emigranti curati l'anno 1905 nelle infirmerie di bordo ed appunti sul servizio dell' emigrazione ricavati dai giornali e dalle relazioni dei medici viaggianti. A. m. n. 1906 II, 5 bis 6. — 16) Wise. The status of the hospital ship in war. J. a. m. s. 1906, S. 142. — 17) Fratini, F. Un epidemia di beri-beri a bordo di una nave a vela. A. m. n. 1906, II, 1 u. 2. — 18) Matignon. La disparition du beriberi dans la flotte japonaise. Cad. 1906, Nr. 12.

(2) Eingehende Darstellung der hygienischen Verhältnisse der französischen Kriegsschiffe, der Rekrutierung, individuellen Hygiene, Pathologie und Prophylaxe der wichtigsten Bordkrankheiten. Zum Schluß ist der Gefechtssanitätsdienst, insbesondere Verwundetentransport, eingehend besprochen. B.

(4) Ursache der plötzlichen Todesfälle beim Betreten lange Zeit geschlossen gehaltener Schiffsräume ist nicht der abnorm hohe Kohlensäuregehalt der Luft dieser Räume, sondern die Sauerstoffverminderung, welche durch die Ladung besonders bei hoher Temperatur und Feuchtigkeit verursacht wird. Es wird der Vorschlag gemacht, die Feuchtigkeit der Räume durch stark hygroskopische Mittel herabzusetzen und so das Verschwinden des Sauerstoffs herabzusetzen. Weiterbrennen eines Lichtes in einem längere Zeit verschlossenen Raum ist kein sicherer Beweis, daß die Luft atembar ist, Prüfung mit kleinen Tieren zuverlässiger. B.

(5) Die Beköstigung der Seeleute leidet an Einförmigkeit, übermäßigem Gebrauch von Salzfleisch, Mangel an Vegetabilien und unzweckmäßiger Zusammensetzung. B.

(6) Es werden Morbidität und Mortalität an Tuberkulose in der deutschen Kriegs- und Handelsmarine den entsprechenden Gruppen in Frankreich gegenübergestellt und der Versuch gemacht, den wesentlichen Vorsprung der deutschen Marine durch die in Deutschland beobachtete Sorgfalt und Energie beim Kampfe gegen die Tuberkulose zu erklären. B.

(7) Die Tub. Morbid. betrug 4‰, in einzelnen Kriegshäfen bis 8‰. Doch zeigt die Krankheit seit 1874 eine erhebliche Abnahme. Die Mortalität war 1,7‰ (in der russischen Armee 1‰), doch macht Verf. selbst auf das Unzuverlässige dieser Zahl aufmerksam, die durch die sofortige Entlassung der entlassungsfähigen Erkrankten natürlich viel geringer erscheint, als sie wirklich ist. (Gerade wie bei uns, in Frankreich und anderswo. Aus diesem Grunde sind die Sterblichkeitsziffern für Tuberkulose aus den Armeen durchweg unbrauchbar. Ref.)

Der Abgang aus der Flotte durch Tuberkulose betrug von 1891 bis 1900 durchschnittlich 4‰, in der Armee 3,4‰. Ktg.

(8) Verf. behandelt das Vorkommen der Tuberkulose auf Kriegs-, Handels- und Auswandererschiffen und ihre Prophylaxe. Auf der Kriegsflotte betrug der Zugang 1893 bis 1897 durchschnittlich jährlich 2,3‰ K. (gegen 1,8‰ im Heere). Im allgemeinen hält sie sich in den gleichen Grenzen wie in der Zivilbevölkerung. Der erhöhte Abgang in den ersten Dienstjahren zeigt, daß die Krankheit in sehr vielen Fällen schon vor der Einstellung erworben ist. Ihre Entfaltung begünstigt das Milieu des Seemannes, vorzugsweise Durchnässung und enge Unterkunft. Msr.

(9) Verf. will dadurch, daß die an Bord heimkehrenden Matrosen, wenn sie mit einem Mädchen Umgang gehabt hatten, in der Infermeria mit einem Watteumschlag mit 1‰ Sublimatlösung um die Glans versehen wurden, Erfolge in der Verhütung venerischer Erkrankungen erzielt haben. Msr.

(10) In der deutschen Kriegsmarine ist in den letzten Jahren ein ganz bedeutender Rückgang der Malariaerkrankungen wahrnehmbar. Der Grund hierfür ist hauptsächlich in der rationellen Malariabehandlung und -prophylaxe zu sehen. Die Behandlung umfaßt die gründliche Therapie des eigentlichen Anfalles (1 bis 2 g Chinin. mur. in Oblaten an 4 bis 8 Tagen) und die genügend lange Nachbehandlung (1,0 g Chinin an jedem 7. und 8., bzw. 8. und 9. Tag mindestens 2 bis 3 Monate lang). Die prophylaktischen Maßnahmen an Bord der Kriegsschiffe bestehen in möglichster Vermeidung der Infektionsgelegenheit durch Anophelesstiche. (Belehrung der Mannschaften; möglichste Vermeidung des Landaufenthaltes zwischen 6 Uhr abends und 6 Uhr morgens; Ankern auf offener Reede; Überwachen des Bootsverkehrs; möglichster Mückenschutz in Flüssen durch Gazeeinsätze in Fenster und Ventilatorenöffnung; Abschluß der Malariakranken gegen Mücken; Ausschluß mit Parasiten behafteter Eingeborener von den Schiffen; event. Mückenvertilgung durch Insektenpulververbrennung.) Die Chininprophylaxe, jeden 8. und 9. Tag 1,0 Chinin abends vor dem Abendbrot, muß außerdem bei großer Infektionsgefahr für die gesamte Besatzung, bei geringerer Gefahr für die durch nächtlichen Aufenthalt an Land (Ausschiffung) besonders Gefährdeten streng durchgeführt werden. Bei Expeditionen kommt neben allgemeinen Vorsichtsmaßregeln dieselbe Chininprophylaxe zur Anwendung. — Für die Handelsmarine sind dieselben Malariabehandlungs- und Bekämpfungsmaßregeln dringend erforderlich. Insbesondere sind die nach tropischen Gegenden fahrenden Passagierdampfer mit Hilfsmitteln zur mikroskopischen

Blutuntersuchung und mit in Tropenkrankheiten erfahrenen Ärzten auszurüsten. Kutscher-Berlin.

(11) Aufbauend auf die Forschungsergebnisse Kraepelins verlangt Stephan, daß mobilen Schiffen in heimischen Gewässern das Mitführen von Alkohol außer zu therapeutischen Zwecken verboten werde; im Auslande aber sei aller Alkohol während des mobilen Zustandes in Kästen zu verschließen, welche erst nach erfolgter Demobilmachung wieder geöffnet werden dürfen. Eine einfache Beschränkung des Alkoholverbrauches sei unzureichend, weil die Kontrolle unmöglich sei und auch bereits geringe Alkoholgaben die außerordentlichen Leistungen, die der Seekrieg erfordere, in Frage stellten. B.

(12) Das Marinesanitätskorps Italiens besteht aus 1 Generalmajor, 6 Obersten, 11 Oberstleutnants, 23 Majoren, 107 Kapitänen und 79 Leutnants mit je 9000, 7000, 5200, 4400, 3400 und 2400 Lire Gehalt (ohne Fahrzulage), sowie 13 Pharmazeuten, die auf 3 Departements verteilt sind. 8 Ärzte sind zugleich Dozenten, 42 stehen dem Auswanderungskommissariat zur Verfügung. Msr.

(13) Mitteilungen über Sanitätspersonal und Material der schwedischen Marine, Sanitätsverhältnisse an Land und an Bord. Die Neigung zum Trunk wird durch Einführung von kohlensauren Wässern, Kaffee, Tee bekämpft, die Kleidung für den Winterdienst durch Pelzmützen und Stiefel ergänzt. Die Morbidität betrug bei einer Stärke von 4800 Köpfen 833‰, besonders an Krankheiten des Magendarmkanales, Tuberkulose, chronischem Alkoholismus und Gonorrhoe. Msr.

(14) Verf. behandelt in ausführlicher Weise 1. die sanitäre Einrichtung auf Kriegsschiffen: Zahl und Verteilung der Krankenräume (Isolierkammer), ihre Lage, Kubikinhalt, Ventilation, Erleuchtung, Heizung, Wandbekleidung, Ausstattung, Ausschiffungsmittel und Depots und für das Gefecht die Kästen für erste Hilfe, Verbandplätze, Unterbringung der Verwundeten, Ambulanzmaterial und 2. ihre hygienische Einrichtung: Unterkunft, Schlafräume, Küchen, Vorratsräume, Latrinen, Spucknäpfe, Konservierung der Nahrungsmittel und des Trinkwassers, Verteilung derselben, Reinlichkeit, Wäsche, Desinfektion. Msr.

(15) Die Morbidität auf den Auswandererschiffen nach und von Südamerika betrug 1905 für die Ausfahrenden 15, für die Heimkehrenden 26‰, die Mortalität 0,4 und 0,9‰; nach und von Nordamerika für die Ausfahrenden 8, für die Heimkehrenden 18‰, bzw. 0,1 und 0,5‰. Am häufigsten waren Infektionskrankheiten (Malaria, Masern, Tuberkulose) und unter den Heimkehrenden Geisteskrankheiten. Das Hauptkontigent stellten die Kinder unter fünf Jahren. Msr.

(16) Bei Besprechung des Sanitätsbeistandes, welches Hospitalschiffe im Kriege bei der Flotte bringen können, kommt Wise zu folgenden Sätzen:

1. Sie dienen als stationäre Hospitäler.

2. Sie befreien die Schlachtschiffe von ihren Kranken und Verwundeten, indem sie entweder selbst die weitere Behandlung derselben übernehmen oder ihren Transport in Landhospitäler ausführen.

3. Sie haben in der Schlacht selbst keinen geeigneten Platz, müssen aber in der Nähe einen gesicherten Standort wählen, wo ihre Neutralität nicht gefährdet ist. Brennenden und sinkenden Schiffen, die die Flagge gesenkt haben oder im Laufe der Schlacht isoliert wurden, können sie zur Hilfe eilen.

Die einschlägigen Artikel der Genfer Konvention werden erörtert.
Großheim.

(17) Verf. kommt auf Grund einer Epidemie von Beri-Beri an Bord eines Segelschiffes u. a. zu den Schlußfolgerungen, daß eine unzweckmäßige Ernährung nicht notwendige Bedingung für die Entstehung der Krankheit ist und die Einwirkung der Nässe eine viel größere Bedeutung hat, als ihr gewöhnlich zugeschrieben wird. Msr.

(18) Die Flotte gab bis 1884 ihren Mannschaften eine Tagesportion, in der 782 g Reis, 96 g Fisch, 73 g Fleisch, 360 Gemüse, 16 g Soya vertreten waren. Dr. Takaki trat damals zuerst mit der Ansicht auf, daß diese wenig stickstoffreiche Kost mit dem Beriberi zusammenhängen könne, an dem die Flotte jährlich mit 30 bis 40 pCt. des Zuganges an Kranken beteiligt war. Als ein Kreuzer 1884 unter 350 Mann Besatzung 160 Fälle von Beriberi hatte, wurde die Verpflegung nach den Vorschlägen Takakis geändert und eine Kost eingeführt, in der Reis noch mit 648 g erschien; aber auch durch 600 Brot oder 450 Biskuit ersetzt werden durfte. Dazu wurden 300 g Fleisch, 50 g Soya und 450 g Gemüse gegeben. Der Umfang der Änderung geht aus den Sätzen an Nährstoffen hervor. Sie betrugen an

	bis 1884	nach 1884
Kohlehydraten	622	775
Fett	15,8	43
Eiweißkörpern	109	196

Seitdem entfielen bis 1889 noch 0,13 pCt. des Krankenzuganges auf Beriberi, und während des Krieges 1904 bis 1905 hatte Togos Flotte keinen einzigen Fall davon. Ktg.

VI. Koloniale Medizin.

1. Lehrbücher.

F. Plehn. Tropenhygiene mit spezieller Berücksichtigung der deutschen Kolonien. 2. Aufl. Jena 1906. Gust. Fischer. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 372.

2. Krankheiten.

Vgl. auch III. B 1 b.

Malaria.

1) Ruge (Marinegeneraloberarzt). Die Malaria-Moskitolehre und die epidemiologische Malariakurve. D. m. W. 1906, Nr. 35. — 2) Dr. Morgenroth, Stabsarzt. Erfahrungen über die Chininprophylaxe bei der Südwestafrikanischen Schutztruppe aus dem Jahre 1904/1905. A. S. und T. H. 1906, 5. — 3) Bentmann, Marineoberassistenzarzt. Beobachtungen über Thiocol als Chininersatzmittel bei Malaria. A. S. u. T. H. 1906, 6. — 4) Diesing, Dr., Stabsarzt in der Schutztruppe für Kamerun. Der Schwefel in der Therapie der Malaria. A. S. u. T. H. 1906, 16. —

5) Krulle, Dr., Stabsarzt. Über Malaria bei der ostasiatischen Besatzungsbrigade. D. m. Z. 1906, 1. — 6) W. E. Hudleston, Captain. A further note on the systematic treatment of Malaria amongst european troops. J. M. C. 1906, Bd. VII, S. 50. — 7) J. A. M. S. Jennissen, Off. v. gezondheid der 2. Kl. Een geval van subcorticale motorische aphasie door Malaria tropica. Genesskund. Tydschrift XLV. 6. — 8) E. Martini, Oberstabsarzt. Malaria. Z. f. ä. F. 1906.

(2) Das am meisten geeignete Chininpräparat für prophylaktische Zwecke ist das Chininum muriaticum in Pulverform, welches zur Verdeckung des bitteren Geschmacks in Oblaten oder Gelatinekapseln gegeben wird. Es wurde nach der Vorschrift R. Kochs an jedem 8. und 9. Tage je 1,0 g. Chinin mur., oder bei solchen Leuten, die kein Chinin vertragen 1,5 g Euchinin verabfolgt. Am besten erfolgt die Einnahme des Chinins früh morgens auf nüchternen Magen, nur bei den Feldtruppen erschien zuweilen mit Rücksicht auf die Kriegslage die Verabfolgung abends zweckmäßiger. Zwecks regelrechter Durchführung der Prophylaxe ist bei jedem Truppenteil die Anlegung eines „Chininkalenders" mit genauem Vermerk der „Einnahmetage" erforderlich. Eine besonders strenge Durchführung der Prophylaxe ist bei den Farbigen nötig. Die Prophylaxe muß im allgemeinen beginnen beim ersten Auftreten der Anopheles-Mücken. Den Beginn der Prophylaxe haben die Sanitätsoffiziere den Truppenführern vorzuschlagen. Der Wert der Prophylaxe war im Berichtsjahr (1905) ein ganz außerordentlicher. Dauernde Schädigungen des einzelnen durch längeren Chiningebrauch wurden nicht beobachtet.

Kutscher-Berlin.

Schwarzwasser.

1) Dammermann, Oberarzt a. D. Ein Beitrag zur Behandlung von Schwarzwasserfieber. D. m. W. 1906, Nr. 23. — 2) Howard Ensor. Captain. Two cases of blackwater fever. J. M. C. 1906, Bd. VII, S. 387.

(1) Behandelt die Heilung eines Schwarzwasserfalles bei der Schutztruppe für Südwestafrika.

(2) Bericht über zwei Fälle von Schwarzwasserfieber in Ägypten.

Ph. Kuhn.

Rückfallfieber.

1) Werner, Dr., Stabsarzt in der Schutztruppe für Südwestafrika. Zur Epidemiologie des afrikanischen Rekurrens. A. S. u. T. H. Bd. 1906, 24. — 2) Koch, R. Über afrikanischen Rekurrens. B. kl. W. 1906, 7.

(2) Koch faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen über das Rückfallfieber folgendermaßen zusammen:

Der Mensch wird infiziert durch die Zecken und wahrscheinlich vorzugsweise, vielleicht einzig und allein, durch die jungen Zecken. Er übersteht in den endemisch verseuchten Gegenden die Krankheit schon in frühester Jugend, und wird dadurch immun. Die Zecke muß sich entweder wieder an frischen Fällen infizieren, oder an Menschen, die noch vereinzelte Spirochäten haben, vielleicht auch an einem andern Wirte.

Um das Rückfallfieber zu vermeiden, ist es notwendig, die Karawanenhäuser auf dem Marsche zu vermeiden. Durch diese Maßregel gelingt

es, die Erkrankungen bei der Schutztruppe auf ein geringes zu beschränken. Ph. Kuhn.

Pocken.

Diesing, Stabsarzt, Dr. Die Gewinnung von Lymphe in den Tropen. C. f. B. XLII, 7.

Verf. bespricht die Vorzüge der im tropischen Klima neugezüchteten Lymphe: sehr billige Herstellung, hohe Virulenz und große Haltbarkeit. Ph. Kuhn.

Ruhr.

1) Eckert, Oberarzt Dr. Hans. Bakteriologische Erfahrungen über die Ruhr in Nordchina. D. m. Z. 1906. 7. — 2) Bofinger, Stabsarzt Dr. Über die in Lüderitzbucht beobachteten Ruhrerkrankungen und ihre bakteriologische Untersuchung. A. S. u. T. H. 1906, 14.

(2) Anfang Oktober 1905 brach unter den Mannschaften der in Lüderitzbucht gelandeten 16. Transportkompagnie sowie dem Personal und den Kranken des Feldlazaretts XII (Lüderitzbucht) eine Epidemie von akuter Darmerkrankung aus, die sich klinisch als Ruhr kennzeichnete. Die genaue bakteriologische Untersuchung der Darmentleerungen ergab niemals das Vorhandensein von Ruhramöben, wohl aber in den meisten Stühlen den Shiga-Kruse'schen Ruhrbazillus.

Kutscher-Berlin.

Trypanosomiasis.

1) Kudicke, Dr., Oberarzt. Ein Beitrag zur Kenntnis der menschlichen Trypanosomakrankheit. C. f. B. P. u. I. XXXXI, 1. — 2) Graf v. Pfeil. Etwas über die Schlafkrankheit und die Kochsche Expedition. R. K. 1906, Nr. 25. — 3) H. W. Grattan, Captain. A note on trypanosomiasis in Sierra Leone. J. M. C. 1906. Bd. VII, S. 485. — 4) H. W. Grattan und E. W. Cochrane, Captains, Trypanosomiasis in the West African Regiment Sierra Leone. J. M. C. VI. 524. — 5) E. A. Minchin, Prof., A. C. H. Gray, Lieutenant und F. M. G. Tulloch, Lieutenant. Glossina palpalis in its relation to trypanosoma gambiense and other trypanosomes (preliminary report). J. M. C. 1906, Bd. VII, S. 568. — 6) Kleine, Stabsarzt Dr. F. K. und Möllers, Oberarzt Dr. B. Ein für Trypanosoma Brucei spezifisches Serum und seine Einwirkung auf Trypanosoma gambiense. Z. f. H. 52. Bd., 2. Heft.

(2) Der Aufsatz ist weniger wissenschaftlich als feuilletonistisch interessant. Er schildert die Einrichtungen der Kochschen Expedition zu Amani und das Lazarett in Entebbe, welches von den Engländern zur Erforschung der Schlafkrankheit errichtet wurde. Die Symptome dieser letzteren und der Übertragungsmodus werden nach dem heutigen Stande der Erkenntnis mit behandelt. Ktg.

Gelbfieber.

1) F. M. Mangin, Major. The causation and prevention of the spread of yellow fever. J. M. C. 1906. Bd. VII, S. 369. — 2) F. Rho. Lo stato attuale delle conoscenze sulla febre gialla. A. n. m. 1906, II. 4.

(2) Kritische Besprechung der Theorien über das gelbe Fieber in

bezug auf Ätiologie und Prophylaxe, Symptomatologie und anatomische Läsion, Diagnose, Prognose und Behandlung. Msr.

Pest.

1) A. Suzzati. Alcune note sul bubbone climatico. A. n. m. 1906. II. 5 bis 6. — 2) E. D. W. Greig. On the date of appearance and duration of bacillus pestis in the peripheral blood of cases of bubonic plague in India. J. M. C. 1906. Bd. VII, S. 34.

(1) Der sogenannte klimatische Bubo kommt fast immer vor, wo und wann die Pest herrscht, und wenn es auch nicht gelungen ist, den Pestbazillus in ihm nachzuweisen, so wird sein Auftreten als Anzeichen drohender Pest Verwertung finden können. Msr.

Beri-Beri.

1) J. Tsuzuki, Oberstabsarzt Dr. Erste Mitteilung über meinen Kakekokkus, den Erreger der Beriberikrankheit. A. S. u. T. H. Bd. X, 13. — 2) Salanoue. Étude expérimentale du Béribéri. Cad. 1906, Nr. 15.

(2) Vorläufige Mitteilung über einen Diplokokkus, den S. in Hanoï (Tonkin) 1905 aus der Aufschwemmung eines Stückes vom Sympathicus von Leuten isolierte, die soeben an akutem Beriberi gestorben waren. Kulturen des Diplokokkus riefen bei verschiedenen Tieren Erscheinungen hervor, die denen der akuten oder chronischen B-Erkrankung beim Menschen ähnelten.

Nach dem Philippine Journal of science vom Februar 1906 haben zwei japanische Ärzte Okata und Kokubo zu derselben Zeit denselben Krankheitserreger gefunden.

Der Kokkus ist aërob und gedeiht nicht bei Temperaturen unter 18°; am besten wächst er bei 37°. Ktg.

Lepra.

1) Diesing, Stabsarzt. Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra. D. m. W. 1906. 23. — 2) Derselbe. Nachtrag zu der Abhandlung: „Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra“ in Nr. 23 dieser Wochenschrift. D. m. W. 1906, 45. — 3) Matignon. La lèpre au Japan. Cad. 1906, Nr. 1.

(3) Es soll gegen 30 000 Aussätzige in Japan geben (110 000 in Indien). Vom Staate geschieht bisher nichts gegen die Ansteckung. Verf. sah sogar Leprõse in Gruppen vereinigt betteln. Ein Privatasyl besteht zu Kumamoto, welches Miß Riddell gegründet hat und leitet; aber es reicht bei weitem nicht aus. Ktg.

Filariosis.

1) N. Coppola. Della filaria medinensis nella colonia Eritrea. G. m. 1906, 2. — 2) C. F. Wanhill, Captain. Report on the investigation carried out to determine the presence or absence of filaria among the troops in Jamaica. J. M. C. 561.

(1) In der erythräischen Kolonie ist die Erkrankung an Filaria nicht selten. Statt der Behandlung der Eingeborenen, bestehend in langsamem Aufrollen des aus spontan entstehenden Abszessen heraustretenden Wurmes, empfiehlt sich Eröffnung des Abszesses und Injektion von 1 ‰ Sublimatlösung, die den Wurm tötet. Msr.

Maltafieber.

1) E. A. Shaw, Staff-surgeon. Mediterranean fever in goats, cows, and other animals. J. M. C. VII. 1. — 2) P. W. Bassett-Smith, Fleet-surgeon. A Critical examination of the blood of patients in hospital, to determine if other than mediterranean fever sera would agglutinate the m. melitensis. J. M. C. 1906. Bd. VII, S. 13. — 3) A. M. Davies, Lieutenant-Colonel. Report on the prevalence of mediterranean fever amongst british troops in Malta 1905. J. M. C. 1906. Bd. VII, S. 93, 245, 306, 419, 547. — 4) Edward H. Roß, Surgeon, R. N. The prevalence of mediterranean fever in Port Said. J. M. C. VI. 33. — 5) C. Birt, Lieutenant-Colonel R. A. M. C. Mediterranean fever in South Africa. J. M. C. VI. 1. — 6) L. Bousfield, Lieutenant. A case of Malta fever with ulceration of the small intestine. J. M. C. 1906. Bd. VII. S. 174. — Derselbe. Some remarks on protective inoculation against Malta fever. J. M. C. 1906. Bd. VII, S. 179. — 7) J. Crawford Kennedy, Captain. The incidence of Malta fever amongst those employed in the military hospital, Valetta, during the year 1905. J. M. C. VI. 408. — 8) Derselbe. Bacteriological examinations of cases of mediterranean fever. J. M. C. VI. 623. — 9) W. H. Harrocks, Major und J. Crawford Kennedy, Captain. Goats as a means of propagation of mediterranean fever. J. M. C. VI, 381. — 10. W. H. Harrocks, major, und J. Crawford, Kennedy, Captain. Mosquitoes as a means of dissemination of Mediterranean fever. J. M. C. VI. 487. — 11) W. H. Horrocks, Major. Contact experiments (mediterranean fever). J. M. C. VI. 632. — 12) E. A. Shaw, Staff-surgeon. The ambulation type of case in mediterranean or Malta fever. J. M. C. VI. 638. — 13) J. C. B. Statham, Captain. Note on an investigation into the blood in cases of tubercular disease and Malta fever. J. M. C. VI. 512. — 14) The mode of infection in Malta fever. J. a. m. s. November 1906. S. 470.

(4) Maltafieber ist um das Jahr 1898 in Port Said eingeschleppt und herrscht jetzt dort endemisch.

(5) Birt berichtet über Blutuntersuchungen bei Maltafiebererkrankungen, welche in der Oranjeflußkolonie im Gebiete von Philippolis beobachtet sind.

(9) Die Verfasser besprechen die Verbreitung des Maltafiebers durch die Milch von maltafieberkranken Ziegen. Ph. Kuhn.

(14) Das Maltafieber kommt nicht nur auf der Insel Malta, sondern auch in Ägypten, auf den Philippinen, in Indien und Hongkong vor. Ein Hauptinfektionsträger ist die Ziege, in deren Milch der spezifische Kokkus vorkommt. Er wird aber auch bei Rindern und anderen Tieren beobachtet und im Blut, in den blutbereitenden Organen, sowie im Urin gefunden. Die Übertragung erfolgt wahrscheinlich vielfach durch blutsaugende Insekten. Großheim.

Kala-azar.

1) Fülleborn, Dr., Stabsarzt in der Kais. Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika. Über Kala-azar oder tropische Splenomegalie. A. S. u. T. H. Bd. 1906, 24. — 2) C. Birt, Lieutenant-Colonel. The Leishman body, the gregarine stage of a herpetomonas. J. M. C. VI. 653. — 3) C. Birt, Lieutenant und H. R. Batemann, Captain. Kala-azar. J. M. C. 1906. Bd. VII. S. 341. — 4) S. L. Cummins, Captain. Kala-azar and its intermediate host. A suggestion. J. M. C. Bd. VII, S. 393.

Tropenleber.

Krämer, Dr. A., Marineoberstabsarzt. Die Leberkongestion, ihre Beseitigung und Unterscheidung vom Leberabszeß. A. S. u. T. H. Bd. X, 4.

Die deutsche Literatur hat der unkomplizierten Form dieser Lebererkrankung wenig oder gar keine Beachtung geschenkt. Kr. fand die Leberkongestion als solche überhaupt nur bei Lenhartz, der im 4. Bde. (3. Aufl. S. 962) des Penzoldt-Stintzingschen Handbuches der Therapie der inneren Krankheiten sagt: „Der »Congestion of the liver« und »congestion du foie« pflegen die englischen und französischen Lehrbücher einen weitaus größeren Raum und weiter ausholende Betrachtungen einzuräumen, als dies in deutschen Lehrbüchern durchgängig der Fall ist. Das Verfahren der letzteren hat in der meist geringen klinischen Bedeutung dieser Form von Leberhyperämie seine gute Begründung.“ Die Ursache ist zunächst in überreicher Fett- und Fleischnahrung zu suchen, welche eine Anhäufung von Gallensäuren und Ablagerung von Fett in den Leberzellen bewirkt. Neben der üppigen Nahrungsaufnahme ist meist starke Zufuhr von alkoholischen Getränken sowie mangelnde Körperbewegung Schuld. Verf. weist auf die Verhältnisse in der indischen Armee hin. Er empfiehlt an der Hand von fünf Krankengeschichten folgende Diät, welche er Trockendiät nennt: Entziehung von Alkohol sowie überhaupt jeglicher Flüssigkeit mit Ausnahme einer kleinen Tasse Kaffee oder Tee morgens und abends und nötigenfalls mittags einen kleinen Teller Suppe. Entziehung von Fleisch, Fett und sauren Speisen. Bei Leberschmerzen abends hydropathische Umschläge um den ganzen Leib, der in der Frühe abgenommen wird. Dann wird der Leib trocken abgerieben und noch eine Stunde Bettruhe angeordnet. Ph. Kuhn.

Bilharzia.

D. Wandrop, Lieutenant-Colonel. Report on five cases of Bilharzia. J. M. C. 1906, Bd. VII, S. 282.

Elefantiasis.

Werner, Stabsarzt. Über Elefantiasisoperationen. A. S. u. T. H. 1906, 23.

Tollwut.

Eckert, Hans, Oberarzt Dr. Die Tätigkeit der Wutschutzstation des ostasiatischen Feldlazaretts in Tientsin von September 1903 bis zum Juli 1905. D. m. Z. 1906, 2.

Geschlechtskrankheiten.

1) Wiens, Marine-Stabsarzt Dr. Spirochäten-Untersuchungen an Chinesen. A. S. u. T. H. 1906, 15. — 2) Legendre. Le péril vénérien au Tonkin. Ann. d'hyg. et de médec. col. 1905, S. 525, referiert in A. S. u. T. H. 1906, 5.

3. Krankheiterregende Insekten.

1) F. M. Mangin, Major. The pathogenio mosquitoes of Jamaica. J. M. C. VI, S. 423. — 2) F. M. G. Tulloch, Leutnant. The internal anatomy of stomoxys. J. M. C., Bd. VII, S. 154.

4. Arzneiwesen.

Otto, R., Stabsarzt, Prof. Dr. Über die Haltbarkeit der Heilsera in der tropischen und subtropischen Zone. A. S. u. T. H. 1906, 24.

5. Chirurgische Erfahrungen in den Kolonien.

1) Kirsch, Stabsarzt. Kriegschirurgische Erfahrungen im Hottentottenaufstand 1904/05. D. m. Z. 1906, 8. — 2) Derselbe. Streifschuß des Schädels mit Lähmung, Aphasie und Seelenblindheit; Trepanation, Heilung. D. m. Z. 1906, 2. — 3) Goldammer, Oberarzt. Erfahrungen mit trockner Wundbehandlung im südwestafrikanischen Kriege. Vortrag auf dem 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1906. C. Ch. 1906, 28. A. kl. Ch. 1906, 80. S. 193, referiert in der B. kl. W. 1906, 16. — 4) Franz, Stabsarzt. Kriegschirurgische Erfahrungen in Südwestafrika. A. kl. Ch. 1906, Bd. 81.

6. Transport von Kranken und Verwundeten in den Kolonien.

1) The camel ambulance. J. a. m. s. Juli 1906, S. 77. — 2) W. W. Jendwine, Captain. The removal of wounded in hill warfare; a method lately introduced into practice in the 30th Punjabis. J. M. C., Bd. VII, S. 134. — 3) Lion, Stabsarzt. Die Transportverhältnisse in Südwestafrika. Berl. Lok. Anz. 12. u. 13. 9. 1906, Nr. 463 u. 465. — 4) Moyens applicables au transport des malades et blessés en Algérie.

1) Im vierrädrigen Kamelkrankenwagen nach Lord Dundonald können 2 liegende oder 8 sitzende oder 1 liegender und 4 sitzende Verwundete fortgeschafft werden. Unbenutzt wird er vom Kamel auf dem Rücken getragen, benutzt von ihm gezogen. 2 Abbildungen. Großheim.

(Siehe auch unter „Niederländisch Indien“ Bericht des Oberstleutnant van Dalen.)

7. Ernährung in den warmen Ländern.

1) Duncan, Andrew, M. D., Lieutn.-Colonel. The principles of diet in tropical campaigns. J. T. M. 1906, 20. Bespr. D. m. W. 1906, S. 1968. —

2) Cantle, James, M. D. Food and digestion in warm climates. J. T. M. 1906, 20. — 3) W. W. O. Beveridge, Major. The inspection of tinned foods. J. M. C. 1906, Bd. VII, S. 137.

8. Tropentauglichkeit.

Hartigan, W. Fit and unfit persons for residence in warm climates. J. T. M. 1906, 2. Bespr. M. m. W. 1906, S. 1130.

9. Ärztliche Berichte aus den Kolonien.

Deutsche Kolonien.

Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete 1904/05. Berlin 1907. E. S. Mittler & Sohn.

Deutsch-Ostafrika.

Glatzel, Stabsarzt Dr. 3 Monate im Sewa Hadji-Hospital zu Daressalam. A. S. u. T. H. Bd. X, 9.

Kamerun.

Berké, Oberarzt. Anthropologische Beobachtungen an Kamerunnegern. Dissertation 1905. Straßburg.

Südsee.

Stephan, Marinestabsarzt. Ärztliche Beobachtungen bei einem Naturvolke. Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1905, Heft 5 u. 6. A. S. u. T. H. Bd. X, 12.

Französische Kolonien.

1) Alvernhe. L'état sanitaire des troupes coloniales françaises. A. M. et Ph. m. 1906, S. 58. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 423. — 2) Granjux. Statistique des troupes coloniales en 1903. Cad. 1906, Nr. 1 u. 3. —

(2) Frankreich unterhält in den Kolonien 23 261 Europäer und 28 448 Eingeborene beim Heere. Unter ersteren 1376 Offiziere und 3605 Unteroffiziere. Die Morbidität der Europäer betrug 993 ‰; die der Eingeborenen 523 ‰. Die Sterblichkeit 19,8 bzw. 18,7 ‰. Nach Frankreich zurückgeschickt wurden aus gesundheitlichen Gründen 3708 Europäer = 139,7 ‰ der Iststärke. Unter den Truppenteilen hatte die Infanterie 1086 ‰ Erkrankungen und 15,4 ‰ Todesfälle; die Kavallerie 627 und 25,4 ‰; die Sanitätsmannschaft 224 ‰ und 28,7 ‰ Tote, fast ausschließlich Infektionskrankheiten. Am schlechtesten stand die Fremdenlegion mit 967 ‰ Erkrankungen und 41,4 ‰ Toten. Sie wird in den ungesundesten Gegenden verwandt und hatte viel durch Cholera zu leiden. Sonst ist die Hauptkrankheit aller Kolonialtruppen die Malaria. 325,1 ‰; demnächst Darmkatarrhe 68,7, und Venerie 107,7 ‰. Die ungesundesten Verhältnisse bietet Indochina und zwar hauptsächlich durch die dort nie erlöschende Cholera, welche im Rapportjahre 17,1 ‰ der europäischen und 22,7 ‰ der eingeborenen Truppen befiel. Auch

an der Ruhr war Annam-Tonkin und Cochinchina mit 194,97 ‰ Erkrankungen beteiligt; das sind mehr als 70 pCt. der in den gesammten Kolonien vorgekommenen Fälle. Ktg.

China.

F. E. Gunter, Captain R. A. M. C. Notes on the health of Europeans and Natives in Peking. J. M. C. VI, 24, 151.

Gunter bespricht im wesentlichen die Erfahrungen, welche im English Charitable Hospital zu Peking gesammelt sind. Die Ärzte dieses Hospitals gehören zum großen Teile dem englischen Sanitätskorps an.

Ph. Kuhn.

Niederländisch Indien.

1) Haga. Eenige gegevens betreffende de toestand van het gebit onzer soldaten. Geneeskundig Tydschr. v. Ned. Indie., Deel 44, referiert in A. S. u. T. H. 1906, 10. — 2) Militärärztlicher Bericht über die Expedition nach den Gajo- und Alaslanden unter Oberstleutnant van Dalen. Batavia. G. Kolff & Co. 1905. — 3) Supplément à la statistique médicale de l'armée Indo-néerlandaise pendant l'année 1904. Batavia 1906, Imprimerie de l'État.

(2) Enthält viel Beachtenswertes über Krankentransport in schwierigem Gelände.

Angola.

Roque, A. Bernardino. A Campanha do Sul d'Angola. Med. Contemp. 7. 2. 1906, referiert in A. S. u. T. H. 1906, 5.

Tibet.

The Tibet mission Force 1903/04. J. M. C. VI, 67.

Interessanter Sanitätsbericht über die Expedition nach Tibet mit meteorologischen Tabellen. Ph. Kuhn.

Indien.

1) Böse, Marinestabsarzt. Eine Reise nach Sumatra und Britisch-Indien. D. m. W. 1906, Nr. 36, 37 u. 39. — 2) Balck, J. A., Leutnant. Regimental sanitation in India. J. M. C. VI, 430. — 3) The organisation of the medical service of the native army of India. J. T. M. 1906, 23. — 4) Forman, R. H., Colonel. The humour of Indian Sanitation. J. M. C. Bd. VII, S. 259. — 5) Blackham, R. J., Captain. The gou system and its application to India. J. M. C. VI, 662. — (6) Haines, H. A., Lieutenant-Colonel. An Indian Incinerator. J. M. C. VI, 668. — 7) Moore, R. R. H., Lieutenant-Colonel. Valvular disease of the heart in british troops, native troops and prisoners in India in the five years 1895—1899 and in 1902 and 1903. J. M. C., Bd. VII, S. 328. — 8) Report on sanitary measures in India in 1904—1905 Vol. 38. London 1906, Darling & Son.

(2) Die Durchführung hygienischer Maßnahmen bei der Truppe in Indien stößt auf viele Hindernisse, vor allem auf mangelndes Interesse seitens der militärischen Vorgesetzten. Die Ärzte wechseln oft und bald wird ein Kommandeur von einem besonders eifrigen und tatendürstigen Regimentsarzt beraten, bald von einem anderen, dessen Devise mehr das laisser aller ist. B. wünscht für jede Garnison einen Sanitätsoffizier,

dem nur die hygienischen Aufgaben zufallen und dem die nötige Zahl gut ausgebildeter Sanitätsunteroffiziere (als „sanitary inspectors“) und Mannschaften („sweepers“) unterstehen müssen. Die Truppe soll von dieser Tätigkeit ganz befreit werden. Diesem besonders ausgebildeten Personal wäre die Verantwortung für alles, was mit Latrinen, Wasserleitung, Kanalisation, Küchen, Waschanstalten, Trinkwasserabkochen, Desinfektion usw. zusammenhängt, ausschließlich zu übertragen.

Neuburger.

(8) Enthält unter anderem die Sanitätsberichte für die europäischen und eingeborenen Truppen in Indien.

Philippinen.

3) Banister. Medical and surgical observations during a tree years tour of duty in the Philippines. J. a. m. s. 1906, Heft 5. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 432.

VII. Militär-Sanitätsstatistik.

1. Amtliche Berichte.

1) Bayern. Sanitätsbericht über die Königlich Bayerische Armee für die Zeit vom 1. Oktober 1901 bis 30. September 1902. Bearbeitet von der Medizinal-Abteilung des Königlich Bayerischen Kriegsministeriums. München. Bespr. D. m. Z., S. 247. — 2) Dasselbe, für die Zeit vom 1. Oktober 1902 bis 30. September 1903. — 3) Belgien. Statistique de l'armée belge. Année 1905. Bruxelles. — 4) Dänemark. Medicinal-Beretning for den Danske Haer 1904. Meddelt af Haerens Laegekorps. Kopenhagen. — 5) England. Army medical department. Report for the year 1905. London. — 6) Frankreich. Statistique de l'armée pendant l'année 1904. Ministère de la guerre. Paris. — 7) Italien. Relazione medico-statistica delle condizioni sanitarie del R. esercito nell' anno 1903. Compilata dall' ispettorato di sanita militare. Roma. — 8) Niederlande. Statistisch oversicht der behandelnde zieken van het Nederlandsche Leger hier te Lande in het jaar 1903. s'Gravenhage, nebst Supplément à la statistique médicale de l'armée Néerlandaise pendant l'année 1903 comme contribution à la Statistique médicale militaire internationale. La Haye 1904. — 9) Norwegen. Rekrutierungsstatistik für 1905. N. T. M. Bespr. D. m. Z. 1908, S. 43. — 10) Österreich-Ungarn. Sanitäts-statistischer Bericht des K. und K. Heeres für das Jahr 1905. Wien. — 11) Preußen. Sanitätsbericht über die Königlich Preußische Armee, das XII. und XIX. (1. und 2. Königlich Sächsische) und das XIII. (Königlich Württembergische) Armeekorps, sowie über die Kaiserliche Ostasiatische Besatzungs-Brigade für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1903 bis 30. September 1904. — 12) Rußland. General-Sanitätsbericht über die Kaiserlich Russische Armee. Bespr. D. m. Z. 1907, S. 227 und 331. — 13) Serbien. Supplément au compte-rendu sur l'état sanitaire de l'Armée Serbe pendant l'année 1903. Tableaux statistiques arrangées d'après la Statistique inter-

nationale de Santé militaire. Belgrade 1905. — 14) Spanien. Resumen de la Estadística sanitaria del Ejército Español. Anno 1903. Madrid. — 15) Dasselbe für 1904. Madrid. — 16) Vereinigte Staaten von Nordamerika. Report of the Surgeon-General of the army to the Secretary of war for the fiscal year, ending June 30, 1906. Washington.

Über die **preußische** Armee einschl. der sächsischen und württembergischen Armeekorps liegt der Sanitätsbericht über das Rapportjahr 1903/04 vor (11). Abschnitt A. Der Krankenzugang betrug bei einer Iststärke von 529 124 Mann 320 237 Mann = 605,2 ‰ K., gegen 619,9 ‰ K. im Jahre 1902/03. Unter Hinzurechnung der Iststärke und des Krankenzuganges der Schloßgarde-Kompagnie, der Invaliden, Kadetten und Unteroffizier-Vorschüler würde sich die Iststärke der ganzen Armee auf 533 377 Mann mit 323 774 Zugängen = 607,0 ‰ K. erhöhen. Die Abnahme ist im wesentlichen durch das verminderte Auftreten der Grippe (— 5,8 ‰ K.), der Erkrankungen der ersten Atmungswege (— 7,2 ‰ K.) sowie der Krankheiten der äußeren Bedeckungen (— 5,1 ‰ K.) bedingt. Bezieht man den Zugang auf die Iststärke der einzelnen Dienstgrade bzw. der verschiedenen Dienstaltersklassen, worüber der vorliegende Sanitätsbericht zum ersten Male nähere Angaben enthält, so stellt sich der Zugang bei den Unteroffizieren auf 389,5 ‰ K., bei den Gefreiten und Gemeinen auf 639,1 ‰ K., den Einjährig-Freiwilligen auf 894,3 ‰ K., den eingezogenen Mannschaften des Beurlaubtenstandes auf 525,2 ‰ K.; ferner bei den Mannschaften des ersten Dienstjahres auf 858,5 ‰ K., des zweiten Dienstjahres auf 436,2 ‰ K., höherer Dienstjahre auf 417,2 ‰ K.

Auch die Sterblichkeit hat gegenüber 1902/03 um 0,2 ‰ K. abgenommen und mit 1,9 ‰ K. den niedrigsten, bisher in der Armee beobachteten Stand erreicht.

Abschnitt B. Neue Lazarette wurden in Engers, Göttingen, Plauen, Zittau und Heilbronn bezogen; in Bruchsal wurde ein Mietshaus als Lazarett hergerichtet, in Paderborn, Detmold und Tilsit wurden Erweiterungsbauten in Benutzung genommen. Mehrere Lazarette erhielten neue Operationszimmer (Berlin I, Brandenburg a. H., Görlitz, Hannover, Hanau). Die Kasernenhygiene wurde in zahlreichen Standorten durch Anschluß an städtische Wasserleitungen, durch Neuerrichtungen bzw. Erweiterungen von Badeanstalten mit Brausevorrichtungen, durch Verbesserung der Latrinenanlagen usw. vervollkommnet.

Abschnitt C. Berichterstattung über die einzelnen Krankheitsgruppen.

Gruppe I. Die Zugangsziffer an Infektionskrankheiten und allgemeinen Erkrankungen ist mit 22,1 ‰ K. gegenüber dem Vorjahre (29,5 ‰) erheblich gesunken, im wesentlichen durch die Abnahme der Grippe um 5,8 ‰. Von Einzelheiten seien erwähnt:

Von echten Pocken ist nur ein zweifelhafter Fall in Berlin vorgekommen. Die Impfung war bei 95,6 pCt. aller Geimpften von Erfolg. — An Scharlach erkrankten 266 = 0,50 ‰ K. (1902/03: 0,63 ‰ K.); an Masern 358 = 0,68 ‰ K. (0,98), größere Masernepidemien kamen nur in Weingarten (55 Fälle) und im Kadettenhaus Lichterfelde (31 Fälle) vor. — Die epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung brachte 363 Zugänge = 0,69 ‰ K. (0,66), die Diphtherie 283 = 0,53 ‰ K. (0,36); mit 10 Todesfällen = 3,4 ‰ der Behandelten. — An Rose erkrankten 602 Mann = 1,1 ‰ K. (1,2). Der Zugang an Unterleibs-

typhus betrug 470 = 0,89 ‰ K. gegen 0,85 ‰ im Vorjahre, von denen starben 56 = 0,11 ‰ K. oder 8,9 pCt. der Behandelten gegenüber 0,09 ‰ K. bzw. 8,1 pCt. M. im Jahre 1902/03. Die geringe Zunahme des Typhuszuganges ist durch eine große Epidemie in Detmold gelegentlich einer gleichzeitig in der Zivilbevölkerung aufgetretenen Epidemie bedingt. Von den Mannschaften erkrankten 91 Mann, von denen 5 starben. Die Ansteckung war auf eine Verunreinigung der städtischen Quellwasserleitung zurückzuführen, in deren Wasser auch Typhusbazillen bakteriologisch nachgewiesen werden konnten. Lazarettinfektionen kamen 14 mal vor, darunter 8 mal bei Sanitätsmannschaften, 1 mal bei einem Krankenwärter, 5 mal bei anderen Kranken. — Der Zugang an Wechselfieber ist wiederum zurückgegangen, von 82 Fällen = 0,16 ‰ auf 64 Fälle = 0,12 ‰ K. — Die Abnahme der Grippeerkrankungen ist bereits erwähnt, der Zugang belief sich auf 3204 Mann = 6,1 ‰ K. — Der Zugang an Tuberkulose hielt sich mit 1000 Mann = 1,9 ‰ K. auf der gleichen Höhe wie im Vorjahre, gestorben sind 105 Mann. Von den 1000 Tuberkulosen litten an akuter Miliartuberkulose 22 = 0,04 ‰, Tuberkulose der ersten Luftwege und Lungen 797 = 1,5 ‰, der Knochen und Gelenke 52 = 0,10 ‰ und anderer Organe 129 = 0,24 ‰ K. — An Ruhr kamen nur 19 Erkrankungen = 0,04 ‰ K. (Vorjahr 0,17) in Zugang, davon entfallen 10 auf eine kleine Epidemie beim Husaren-Regiment Nr. 7 in Bonn. — Die epidemische Genickstarre brachte eine größere Epidemie von 28 Fällen beim Pionier-Bataillon Nr. 14 in Kehl. Im ganzen erkrankten 38 Mann = 0,07 ‰ K. (wie im Vorjahr). — Die Erkrankungen an akutem Gelenkrheumatismus, welche im Jahre 1902/03 mit 8,1 ‰ K. gegenüber 1901/02 mit 7,4 ‰ eine Zunahme gezeigt hatten, sind in diesem Jahre auf 6,9 ‰ K. (3666 Mann) zurückgegangen. — Von den 108 vorgekommenen Vergiftungen waren veranlaßt 40 durch Alkohol, 5 durch Gase, 63 durch andere Gifte. Auf eine nach Genuß einer Mehlspeise durch Paratyphusbazillen hervorgerufene Vergiftung (5 Erkrankte) sei besonders hingewiesen. — Von 31 bösartigen Geschwülsten, über welche berichtet wird, werden 6 Sarkome auf äußere Verletzungen zurückgeführt.

Gruppe II. Der Zugang an Krankheiten des Nervensystems ist von 3143 = 6,0 ‰ K. auf 3306 = 6,2 ‰ K. gestiegen. Davon entfielen 485 = 0,92 ‰ K. (im Vorjahre 0,84) auf die eigentlichen Geisteskrankheiten, 406 = 0,77 ‰ auf Fallsucht, 401 = 0,76 ‰ K. auf Neurasthenie und 307 = 0,58 ‰ K. auf Hysterie.

Gruppe III. Der Zugang an Krankheiten der Atmungsorgane, der im Vorjahre 43 361 = 82,3 ‰ K. betragen hatte, ist auf 39 201 = 74,1 ‰ K. gesunken. An dieser Abnahme ist namentlich der akute Bronchialkatarrh beteiligt (43,3 ‰ gegen 49,2 ‰ K. im Jahre 1902/03); auch die akuten Lungenentzündungen zeigen mit 5,4 ‰ (gegen 6,2 ‰ im Vorjahre) ebenso wie die Brustfellentzündungen (3,4 ‰ gegen 3,8 ‰) eine erfreuliche Abnahme. An ersterer starben 129 = 4,3 pCt., an letzterer 20 = 1,0 pCt. der Behandelten. Der gesamte Abgang wegen Krankheiten der Atmungsorgane — einschließlich der tuberkulösen — durch Tod, Dienstunbrauchbarkeit und Invalidität betrug 3821 Mann = 7,2 ‰ K. (Vorjahr 7,6 ‰).

Gruppe IV. An Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe gingen 7172 Mann = 13,6 ‰ K. gegen 12,7 ‰ im Vorjahre zu. Hiervon entfielen 1851 = 3,5 ‰ K. (Vorjahr 2,9 ‰) auf die eigentlichen Krankheiten des Herzens. Auf die Tabellen S. 76/77 über

die Entlassungen aus dem Dienst wegen Herzerkrankungen sei besonders hingewiesen. Traumatische Entstehung eines Klappenfehlers wird nur 1 mal erwähnt.

Gruppe V. Die Krankheiten der Ernährungsorgane zeigen mit 48 288 Zugängen = 91,3 °/₀₀ K. eine geringe Zunahme gegen das Vorjahr (89,4 °/₀₀), hauptsächlich bedingt durch ein Ansteigen der akuten Magen- und Darmkatarrhe einschließlich Brechdurchfall (von 29,5 auf 30,7 °/₀₀) und der Blinddarmentzündungen (von 1,9 auf 2,5 °/₀₀). Die Mandelentzündungen haben dagegen etwas abgenommen (42,8 °/₀₀ gegen 43,9 °/₀₀ im Vorjahre). Die Ergebnisse der von Jahr zu Jahr an Zahl zunehmenden Operationen bei Blinddarmentzündungen sind in einer besonderen Tabelle S. 90/91 aufgeführt, auf welche besonders verwiesen sei.

Gruppe VI. Die nichtvenerischen Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane zeigten einen Zugang von 2672 Mann = 5,0 °/₀₀ K. (1902/03: 5,1 °/₀₀), davon entfielen 404 = 0,76 °/₀₀ auf die eigentlichen Nierenerkrankungen.

Gruppe VII. Die Zunahme der venerischen Krankheiten, welche sich seit 1901/02 bemerkbar gemacht hat, hat auch in diesem Jahre wieder angehalten; der Zugang betrug 19,8 °/₀₀ K. gegen 19,4 °/₀₀ im Vorjahre. Die Zunahme betrifft ziemlich gleichmäßig alle Formen; es gingen zu mit Tripper und Folgezuständen 12,9 °/₀₀ (1902/03: 12,8), weichem Schanker 2,5 °/₀₀ (2,4) und Syphilis 4,4 °/₀₀ K. (4,1). Besonderes Interesse verdienen einige neu aufgenommene Tabellen über die Häufigkeit der venerisch krank eingestellten Rekruten und die rückfälligen Erkrankungen, sowie über die Herkunft der ersteren nach Aushebungs-Korpsbezirken.

Gruppe VIII. Mit Augenkrankheiten kamen 7879 Mann in Zugang = 14,9 °/₀₀ K. (Vorjahr 15,0 °/₀₀). Die Zahl der ansteckenden Augenkrankheiten betrug 228 = 0,43 °/₀₀ (0,48), darunter 8 Tripper-Blennorrhoen.

Gruppe IX. Die Ohrenkrankheiten zeigen mit 6058 Zugängen = 11,4 °/₀₀ K. eine Verminderung gegenüber 1902/03 (12,4 °/₀₀).

Gruppe X. Die Krankheiten der äußeren Bedeckungen haben weiter etwas abgenommen (74 085 Zugänge = 140,0 °/₀₀ K. gegen 145,1 °/₀₀ im Vorjahre), desgleichen in

Gruppe XI, die Krankheiten der Bewegungsorgane (34 179 = 64,6 °/₀₀ K. gegen 67,3 °/₀₀, darunter die Erkrankungen an Fußgeschwulst von 25,2 auf 22,5 °/₀₀).

Gruppe XII. Entgegen den Vorjahren zeigen diesmal die mechanischen Verletzungen eine Zunahme: 70 290 Zugänge = 132,8 °/₀₀ K. gegenüber 126,6 °/₀₀ im Jahre 1902/03. Der Zugang setzt sich u. a. zusammen aus Wundlaufen und Wundreiten (10,8 °/₀₀ K.), Quetschungen und Zerreißungen (37,5 °/₀₀), Knochenbrüchen (8,7 °/₀₀), Verstauchungen (37,8 °/₀₀), Verrenkungen (1,2 °/₀₀), Schußwunden (0,52 °/₀₀), Hieb-, Schnitt-, Stich-, Riß-, Quetsch- und Bißwunden (29,6 °/₀₀), Verbrennungen und Erfrierungen (2,8 °/₀₀), Erfrierungen (1,9 °/₀₀), anderen Verletzungen (2,1 °/₀₀).

Gruppe XIII und XIV. „Andere Krankheiten“ und „Zur Beobachtung“ zeigen mit 0,44 und 8,9 °/₀₀ Zugang keine wesentliche Änderung gegen früher.

Abschnitt D. Nach der Übersicht über Brunnen- und Badekuren sind 1876 aktive, 502 invalide und 61 sonstige Personen in Bäder geschickt.

Abschnitt E. Bericht über den Krankenabgang. Von den 327 523 insgesamt Behandelten sind 302 732 = 924,3 ‰ der Behandelten (M.) dienstfähig geworden, 719 = 2,2 ‰ M. oder 1,4 ‰ K. gestorben und 16 679 = 50,9 ‰ anderweitig abgegangen. Außerhalb militärärztlicher Behandlung starben noch 269 Mann, so daß sich die Gesamtzahl der Todesfälle auf 988 = 1,9 ‰ K. belief (Vorjahr 2,1 ‰); davon waren verursacht durch Krankheit 658 = 1,2 ‰ K., Verunglückung 133 = 0,25 ‰ K. und Selbstmord 197 = 0,37 ‰ K. Unter den anderweitig Abgegangenen befanden sich 13 342 Dienstunbrauchbare = 25,2 ‰ K. (1902/03: 23,7 ‰), 3984 Halbinvalide = 7,5 ‰ K. (7,5 ‰) und 6727 Ganzinvalide = 12,7 ‰ K. (12,9 ‰).

Abschnitt F. Die Zahl der größeren Operationen ist von 742 im Vorjahre auf 898 in diesem Jahre angestiegen.

Abschnitt G. In den hygienisch-chemischen Untersuchungsstellen der Armee wurden im ganzen 10 577 Untersuchungen ausgeführt.

Abschnitt H bringt, wie stets, einige wichtigere, hygienische Maßnahmen betreffende Verfügungen.

Der Teil II des Berichts umfaßt auf 195 Seiten die dem Bericht zu Grunde liegenden, umfangreichen Zahlentabellen.

Aus dem Bericht über die ostasiatische Besatzungsbrigade für das gleiche Berichtsjahr 1903/04 seien folgende Angaben gebracht: der Krankenzugang betrug bei einer Durchschnitts-Iststärke von 2776 Mann 2205 = 794,3 ‰ K. gegen 969,1 ‰ im Vorjahre. Davon entfielen auf die Gruppe I, Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen 184 = 66,3 ‰ K. (und zwar Typhus 52 = 18,7 ‰ mit 7 Todesfällen, Malaria 17 = 6,1 ‰, Ruhr 69 = 24,9 ‰ mit 2 Todesfällen); Gruppe II, Krankheiten des Nervensystems 11 = 4,0 ‰; Gruppe III, der Atmungsorgane 161 = 58,0 ‰; Gruppe IV, der Zirkulationsorgane 61 = 22,0 ‰; Gruppe V, der Ernährungsorgane 510 = 183,7 ‰; Gruppe VI, der Harn- und Geschlechtsorgane ausschließlich der venerischen 35 = 12,6 ‰; Gruppe VII, venerische Krankheiten 308 = 111,0 ‰ (Vorjahr 133,3); Gruppe VIII, Augenkrankheiten 44 = 15,8 ‰; Gruppe IX, Ohrenkrankheiten 24 = 8,6 ‰; Gruppe X, Krankheiten der äußeren Bedeckungen 241 = 86,8 ‰; Gruppe XI, der Bewegungsorgane 138 = 49,7 ‰; Gruppe XII, Mechanische Verletzungen 478 = 172,2 ‰ K. Gestorben sind 18 Mann = 6,5 ‰ K., davon 12 innerhalb und 6 außerhalb militärärztlicher Behandlung; 12 mal war Krankheit, 6 mal Verunglückung die Todesursache.

Die Kopfstärke der **bayerischen** Armee (2) belief sich im Jahre 1902/03 auf 64 305 Mann. Der Krankenzugang betrug 57 376 Mann = 892,2 ‰ K., gegen 869,0 ‰ im Vorjahre. Davon waren Lazarettkranke (einschl. der im Lazarett und Revier Behandelten) 254,2 ‰ und Revierkranke 638,1 ‰ K. Wie in den Vorjahren ist das I. Korps bei weitem am stärksten beteiligt (950,2 ‰). Ebenso haben von den Truppengattungen wieder die Arbeiter-Abteilung, der Train und die Pioniere den höchsten Zugang. Der durchschnittliche tägliche Krankenstand betrug in der Armee 29,8 ‰ (im Vorjahre 29,1 ‰) K.; auf jeden Kranken kamen durchschnittlich 12,0 (12,1) Behandlungstage. — Der Zugang in Gruppe I, Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen betrug 45,2 ‰ K., davon entfielen 28,3 ‰ auf die eigentlichen übertragbaren Krankheiten. Die Zunahme gegen das Vorjahr (12,5 ‰) ist im wesent-

lichen durch ein stärkeres Auftreten von Grippe bedingt gewesen (18,8 gegen 6,2 ‰ K.). Es gingen ferner zu mit Scharlach 1,2 ‰, Masern 0,95 ‰, Mumps 2,0 ‰, Diphtherie 0,14 ‰, Rose 2,4 ‰, Typhus 26 = 0,40 ‰ (mit 1 Todesfall), Tuberkulose 137 = 2,1 ‰; die letztere verteilt sich auf akute Miliartuberkulose 3 = 0,05, Tuberkulose der ersten Luftwege 123 = 1,9, der Knochen und Gelenke 4 = 0,06 und anderer Organe 7 = 0,11 ‰ K. Gestorben sind 19 = 0,30 ‰ K. An akutem Gelenkrheumatismus erkrankten 863 Mann = 13,4 ‰ K. (Vorjahr 11,5). — Der Zugang an Krankheiten des Nervensystems (Gruppe II) ist von 8,2 ‰ im Vorjahre auf 10,2 ‰ K. gestiegen; darunter zählen die Geisteskrankheiten 0,95 ‰ K. (1901/02: 0,69 ‰). — An Krankheiten der Atmungsorgane (Gruppe III) erkrankten 138,3 ‰ K. (Vorjahr 116,8 ‰), darunter an akuter Lungenentzündung 8,9 (9,0) ‰ und an Brustfellentzündung 3,6 (3,7) ‰ K. Von ersteren starben 4,3 (3,2), von letzteren 2,4 (1,9) pCt. der Behandelten. — Mit Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe (Gruppe IV) kamen im ganzen 16,2 (Vorjahr 18,8) ‰ K. in Zugang, hierunter 4,0 (5,1) ‰ mit Krankheiten des Herzens. Der Gesamtverlust infolge von Erkrankungen des Herzens (durch Tod, Dienstunbrauchbarkeit oder Invalidität) betrug 2,6 (3,7) ‰ K. — Die Krankheiten der Ernährungsorgane (Gruppe V) sind von 163,1 ‰ im Vorjahre auf 175,0 ‰ K. angestiegen; davon entfielen auf Mandelentzündungen 86,2 (1901/02: 73,8) ‰, akuten Magen- und Darmkatarrh einschl. Brechdurchfall 54,9 (55,2) ‰, Blinddarmentzündungen 2,0 (1,9) ‰. Von letzteren wurden 23 operiert, darunter 5 mal ohne Erhaltung des Lebens. — Mit nichtvenerischen Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (Gruppe VI) kamen 6,1 ‰ K. in Zugang. — Die venerischen Krankheiten (Gruppe VII) sind von 20,9 ‰ im Vorjahre auf 18,3 ‰ K. herabgegangen, die niedrigste bisher erreichte Zugangsziffer; 13,2 ‰ K. entfielen auf Tripper und Folgezustände, 1,6 ‰ auf weichen Schanker und 3,5 ‰ auf Syphilis. — Die Erkrankungen der Augen (Gruppe VIII) sind von 20,6 ‰ auf 21,0 ‰ K., diejenigen der Ohren (Gruppe IX) von 17,0 ‰ auf 18,9 ‰ K. angestiegen. — Die Krankheiten der äußeren Bedeckungen (Gruppe X) weisen einen erheblich geringeren Zugang auf als im Vorjahre, 158,7 ‰ K. gegen 169,1 ‰, im wesentlichen bedingt durch die Abnahme der Furunkel von 68,2 auf 59,4 ‰ K., während der Zugang an Panaritien mit 11,6 ‰ und an Zellgewebsentzündungen mit 70,4 ‰ denjenigen der Vorjahre (11,3 bzw. 70,8 ‰) fast gleich kommt. — Die Krankheiten der Bewegungsorgane (Gruppe XI) beliefen sich auf 94.2 ‰ K. (Vorjahr 96,6 ‰); darunter entfielen 28,8 ‰ auf Fußgeschwülste. — Wegen mechanischer Verletzungen (Gruppe XII) kamen 177,7 ‰ K. (Vorjahr 187,9 ‰) in Zugang; wie stets, sind fast ein Drittel hiervon Verstauchungen, je ein Viertel Wunden und Quetschungen. Knochenbrüche kamen 273 mal vor = 4,2 ‰ K.

Von allen Behandelten wurden 855,1 ‰ als dienstfähig entlassen; 99 Mann = 1,7 ‰ starben und 41,1 ‰ gingen anderweitig ab. Insgesamt starben (in und außer militärärztlicher Behandlung) 139 = 2,2 ‰ K. (Vorjahr 2,3 ‰), davon durch Krankheit 95 = 1,5 ‰, Unglücksfall 24 = 0,37 ‰ und durch Selbstmord 20 = 0,31 ‰ K. Als dienstunbrauchbar wurden 29,1 ‰ K. entlassen, als halbinvalide 6,7 ‰, als ganzinvalide 15,4 ‰ K. — Die Operationsliste umfaßt 116 (im Vorjahre 82) größere Operationen. Die weiteren Abschnitte enthalten in der üblichen Weise

eine Übersicht über Brunnen- und Badekuren, über die zur Ausführung gelangten wichtigeren baulichen und sanitären Maßnahmen. Mitteilungen über den Unterrichtsgang des Operationskurses, über die Arbeiten der hygienisch-chemischen Untersuchungsstationen, über Kommandierungen von Sanitätsoffizieren zu Kliniken usw. und ein Verzeichnis der von Sanitätsoffizieren veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten. — Der zweite Teil enthält in zahlreichen Tabellen das gesamte, dem Bericht zugrunde liegende Zahlenmaterial.

In der **französischen** Inlandsarmee (6) betrug im Jahre 1904 die Iststärke einschl. der Offiziere 474 345 (effectiv total), bzw. 417 091 (effectiv présent). In Algier und Tunis betrug die erstere 71 158, die letztere 62 866 Mann. Die folgenden Angaben beziehen sich, soweit nicht anders vermerkt, nur auf die Inlandsarmee; die Promillezahlen sind, wenn nichts besonderes angegeben, auf die effectiv total bezogen.

Der Zugang an Schonungskranken (malades à la chambre) betrug 471 687 = 1181 °/₀₀ K. (eff. présent) gegen 1123 °/₀₀ im Jahre 1903; an Revierkranken 173 497 = 434 °/₀₀ K. (1902: 419 °/₀₀) und an Lazarettkranken 101 851 = 215 °/₀₀ K. (eff. total) gegen 221 °/₀₀ im Vorjahre. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug im Revier 10,3, im Lazarett 24,5 Tage. — Gestorben sind im Inlande 1525 Mann = 3,21 °/₀₀ K., die niedrigste, bisher beobachtete Sterbeziffer. In Algier-Tunis starben außerdem 538 Mann = 7,56 °/₀₀ K. Die 1525 Todesfälle im Inlandsheere waren veranlaßt durch Krankheit 1266 mal = 2,67 °/₀₀, Verunglückung 174 mal = 0,36 °/₀₀ und durch Selbstmord 85 mal = 0,18 °/₀₀ K. Die gleichen Zahlen für Algier-Tunis lauten 427 = 6,00 °/₀₀, 79 = 1,11 °/₀₀ und 32 = 0,45 °/₀₀ K. Außerhalb militärärztlicher Behandlung ereigneten sich im Inlande 251, in Algier 11 Todesfälle.

Der Zugang an Grippe betrug 10 279 Mann = 21,7 °/₀₀ K. mit 102 Todesfällen = 0,21 °/₀₀ K. — An Typhus wurden 2531 Mann behandelt = 5,34 °/₀₀ K. gegen 5,0 °/₀₀ im Vorjahre; gestorben sind davon 331 = 0,69 °/₀₀ K. Außer diesen als Typhus bezeichneten Erkrankungen kamen aber noch 4494 = 9,4 °/₀₀ K. Fälle von gastrischem Fieber (embarras gastrique fébrile) zur Behandlung, von denen 2318 eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 21,7 Tagen beanspruchten. Der Zugang an Typhus schwankt in den Armeekorps zwischen 0,63 °/₀₀ K. im V. Korps (Orléans) und 12,96 °/₀₀ K. im XIV. Korps (Lyon). Unter den größeren Standorten (mit über 1000 Mann Iststärke) hatten den höchsten Typhuszugang: Tule 76,3 °/₀₀. Valence 44,6 °/₀₀, St. Etienne 30,1 °/₀₀, Perpignan 26,1 °/₀₀, Lons-le Saunier 23,5 °/₀₀ und Lunéville 22,7 °/₀₀ K. Auf die eingehende Darstellung aller im Berichtsjahre vorgekommenen größeren und kleineren Epidemien, namentlich auch hinsichtlich ihrer Ätiologie, auf S. 45 bis 73 sei besonders verwiesen. — An Masern erkrankten 3124 Mann = 6,5 °/₀₀ K. (1903: 10,6 °/₀₀), an Scharlach 941 = 1,9 °/₀₀ K. (4,1 °/₀₀), an Mumps 5603 = 11,8 °/₀₀ K. (19,8 °/₀₀). — Übertragbare Genickstarre brachte nur 33 Erkrankungen = 0,07 °/₀₀ K. (0,09 °/₀₀) mit 20 Todesfällen. — An Rose kamen 716 Kranke in Zugang = 1,58 °/₀₀ K. (1,6 °/₀₀), an Diphtherie 559 = 1,18 °/₀₀ K. (2,11 °/₀₀), an Malaria 555 = 1,1 °/₀₀ K. (1,3 °/₀₀), an Ruhr 1077 = 2,27 °/₀₀ K. mit 17 Todesfällen. — An Tuberkulose erkrankten 3154 Mann = 6,6 °/₀₀ K. gegen 7,4 °/₀₀ im Vorjahre, davon 2229 = 4,7 °/₀₀ an Tuberkulose der Luftwege und 925 = 1,9 °/₀₀ an solcher anderer Organe; gestorben sind 309 = 0,65 °/₀₀ K., 3466 = 7,30 °/₀₀ wurden aus dem Dienst entlassen. Die Zahl der tuber-

kulösen Erkrankungen in Algier-Tunis betrug 456 = 6,4 °/₀₀ K. — Mit akutem Gelenkrheumatismus kamen 6747 Mann in Zugang = 14,2 °/₀₀ K. (9 Todesfälle), wegen Alkoholismus 137 Mann (1903: 92, 1902: 80). — Krankheiten des Nervensystems kamen 3327 mal vor = 7,0 °/₀₀ K. (Vorjahr 6,9 °/₀₀). — An Lungenentzündung erkrankten 1135 Mann = 2,39 °/₀₀ K. mit 75 Todesfällen = 6,4 pCt. der Behandelten, an Brustfellentzündung 3705 = 7,81 °/₀₀ K. mit 18 Todesfällen = 0,5 pCt. der Behandelten. Die Zahl der Mandelentzündungen betrug 29 729 = 62,7 °/₀₀ K. — Blinddarmentzündung wird in 948 Fällen verzeichnet = 1,93 °/₀₀ K. (1903: 1,61 °/₀₀), mit 40 Todesfällen = 4,2 pCt. der Behandelten. — Von den 14 177 venerischen Erkrankungen = 29,8 °/₀₀ K. entfielen 3157 = 6,6 °/₀₀ auf Syphilis, 1029 = 2,1 °/₀₀ auf weichen Schanker und 9991 = 21,1 °/₀₀ auf Tripper. Im Vorjahr stellten sich die entsprechenden Zahlen auf 5,9 bis 1,9 und 19,3 °/₀₀. In Algier-Tunis betrug der Zugang an Syphilis 15,3 °/₀₀, an Schanker 12,2 °/₀₀, an Tripper 39,1 °/₀₀, zusammen also 66,6 °/₀₀ K. Von den Korpsbezirken steht im Inlande das III. (Rouen) mit einem Zugange von 52,1 °/₀₀ am ungünstigsten, das XI. (Nantes) mit 17,9 °/₀₀ am besten da. — Knochenbrüche sind 1884 mal vorgekommen = 3,9 °/₀₀ K., Verrenkungen 569 mal = 1,2 °/₀₀ K. — Von 357 361 während des Jahres eingezogenen Reservisten waren 23 333 = 65,3 °/₀₀ schonungs-, 6731 = 18,8 °/₀₀ revier- und 2119 = 5,9 °/₀₀ lazarettkrank.

Die durchschnittliche Kopfstärke des **österreichisch-ungarischen** Heeres (10) einschl. der bosnisch-herzegowinischen Truppen belief sich im Jahre 1905 auf 283 558 Mann. Der Krankenzugang betrug 210 529 = 742,4 °/₀₀ K. gegen 636,0 °/₀₀ im Vorjahre. Die erhöhte Zugangsziffer erklärt sich nach einer Anmerkung des Berichts durch die infolge der Neuauflage der „Vorschrift für die sanitätsstatistischen Eingaben im k. und k. Heere“ bedingten genaueren Registrierung der Erkrankungen. Von dem Zugang sind 96 132 = 339,0 °/₀₀ K. an Heilanstalten abgegeben worden. Der Krankenzugang schwankte zwischen 604,2 °/₀₀ K. beim 6. Korps (Kaschau) und 917,9 °/₀₀ K. beim 14. Korps (Innsbruck). In den 235 Garnisonorten mit mehr als 200 Mann Kopfstärke schwankte die Erkrankungsziffer zwischen 88,6 °/₀₀ K. in Tülle und 1734,1 °/₀₀ K. in Stolac. Auf jeden Mann der durchschnittlichen Kopfstärke kamen 13,0 Krankentage (1904: 12,6); auf jeden Mann des Gesamtkrankenstandes entfielen durchschnittlich 16,9 (19,1) Behandlungstage. Der durchschnittliche tägliche Krankenstand betrug 10 127 Mann = 35,7 °/₀₀ K.

Von der Gesamtkrankenzahl — mit dem aus dem Vorjahr übernommenen Bestande von 8133 Kranken waren es 218 662 Mann — sind 182 878 = 864,7 °/₀₀ des Abganges dienstfähig, 27 898 = 131,9 °/₀₀ anderweitig entlassen und 721 = 3,40 °/₀₀ des Abganges oder 2,54 (2,12) °/₀₀ K. gestorben.

Was den Krankenzugang (Todesfälle) bei den einzelnen Nationalitäten betrifft, so betrug er bei den Deutschen 863,6 (1,55), Magyaren 652,2 (2,24), Tschechen, Mähren und Slovaken 644,2 (3,37), Polen 706,5 (1,72), Ruthenen 753,4 (3,24), Slovenen 1117,4 (2,96), Kroaten 698,8 (2,68) und Rumänen 833,7 (3,41) °/₀₀ K.

Nach der Häufigkeit des Zuganges steht die Gruppe XII, Krankheiten der äußeren Bedeckungen mit 43 500 Fällen = 153,4 °/₀₀ K. obenan; es folgen: Gruppe VII, Krankheiten der Atmungsorgane mit 37 187 Fällen = 131,2 °/₀₀ K., Gruppe IX, Krankheiten der Verdauungs- und adnexen

Organe mit 34 555 Fällen = 121,9 ‰ K., Gruppe XIII, körperliche Beschädigungen mit 22 079 Fällen = 77,9 ‰ K., und Gruppe II, chronische Infektionskrankheiten mit 19 826 Fällen = 69,9 ‰ K.

Von einzelnen Krankheiten seien folgende erwähnt: Es betrug der Zugang bei Typhus 591 = 2,1 ‰ K. (Vorjahr 1,6 ‰) mit 92 Todesfällen = 0,32 (0,24) ‰, Ruhr 189 = 0,6 (0,5) ‰, Scharlach 66 = 0,2 ‰, Masern 199 = 0,7 ‰, Rotlauf 420 = 1,5 ‰, Influenza 1641 = 5,8 ‰, Diphtherie und Krupp 13, Ohrspeicheldrüsenentzündung 712 = 2,5 ‰, Wechselfieber 436, Lungentuberkulose 423 = 1,5 (1,0) ‰, Tuberkulose der Drüsen usw. 873 = 3,1 ‰ (mit 80 Todesfällen), Trachom 1063 = 3,8 (4,7) ‰ K. Von 17 031 venerischen Erkrankungen = 60,0 (61,6) ‰ K. entfielen 8236 = 29,0 ‰ auf Tripper, 3102 = 10,9 auf weichen Schanker und 5693 = 20,1 ‰ auf Syphilis. Es erkrankten ferner an Skorbut 468 Mann = 1,6 (0,2) ‰ K., Krankheiten des Ohres 4690 = 16,5 (13,3) ‰, akutem Bronchialkatarrh 25 451 = 89,7 ‰, Lungenentzündung 1307 = 4,6 ‰ mit 73 = 0,26 ‰ Todesfällen, Brustfellentzüng 1866 = 6,6 (5,0) ‰ mit 47 = 0,16 ‰ Todesfällen, Krankheiten der Kreislauforgane 6561 = 23,1 (17,6) ‰, Gelenkrheumatismus 3423 = 12,1 (10,3) ‰; Panaritien 3786 = 13,3 ‰, Zellgewebsentzündungen 6441 = 22,7 ‰, Abszessen usw. 23 182 = 81,7 ‰, Wundlaufen 3904 = 13,7 (12,2) ‰, Krätze 537 = 1,9 ‰ K. Knochenbrüche waren 661 mal = 2,3 ‰ K. zu verzeichnen. Verrenkungen 176 mal = 0,6 ‰, Verstauchungen 2799 mal = 9,9 ‰ K.

Außer den schon erwähnten 721 Todesfällen durch Krankheit sind noch 158 gleiche Todesfälle bei Mannschaften vorgekommen, welche zwar zum Präsenzstande gehörten, aber nicht in der Kopfstärke mit verrechnet sind (meist aus Gesundheitsrücksichten beurlaubte Mannschaften). Außerdem wird über 247 Selbstmorde = 0,87 ‰ K. und 82 Verunglückungen mit tödlichem Ausgange = 0,29 ‰ K. berichtet, ferner über 42 Selbstmordversuche und 15 Selbstverstümmlungen. Entlassungen wegen zeitlicher Invalidität kamen 16 084 mal = 57,3 ‰ des Präsenzstandes, wegen unbehebbarer Invalidität 12 897 mal = 45,9 ‰ vor.

Die Iststärke des **italienischen** Heeres (7) betrug im Jahre 1903 206 468 Mann; der Krankenzugang 157 293 = 762 ‰ K., davon 148 202 = 718 ‰ K. (773 ‰ im Jahre 1902) zur ärztlichen Behandlung und 9091 (8725) nur zur Beobachtung. Von den 148 202 zur Behandlung Aufgenommenen entfallen 72 513 auf die Militärspitäler mit 415 Todesfällen = 5,7 ‰, 64 138 auf die Krankenanstalten bei den Truppen (infermence di corpo) mit 17 Todesfällen = 0,26 ‰ und 11 551 auf die Zivilspitäler mit 162 Todesfällen = 14,0 ‰.

Von den Truppengattungen hatten die Carabinieri, Legione allieri mit 1273 ‰ K. (bei allerdings nur 1554 Mann Kopfstärke) den höchsten Zugang (im Vorjahr 1252 ‰); es folgten die Bersaglieri mit 930 ‰ K. (931 ‰), die Kavallerie 872 (914) ‰, die Feldartillerie 793 (815) ‰, die Linieninfanterie 789 (850) ‰, die Genietruppen 753 (825) ‰, die Festungsartillerie 711 (754) ‰, die Granatieri 643 (819) ‰, das Sanitätskorps 562 (559) ‰ K., den geringsten Zugang wies wie stets die eine Elitetruppe bildende Landgendarmerie mit 248 ‰ K. (2,75 ‰) auf.

Von den Divisionsbezirken hatte Neapel mit 938 ‰ K. den höchsten Zugang; über 800 ‰ Erkrankungen weisen Bologna (849), Ravenna (833), Perugia (815) und Bari (859) auf; am günstigsten lagen die Verhältnisse in Cuneo (587 ‰), Livorno (606), Ancona (610), Caglioni (616), Alessandria (639) und Mailand (647). Gestorben sind im Laufe des Jahres 736 Mann

einschl. 59, die auf Urlaub starben, und 5 Invaliden und Veteranen; bei der Truppe sind also nur 672 gestorben = 3,3 ‰ K. Von diesen starben 556 = 2,69 ‰ K. durch Krankheit und 116 = 0,56 ‰ K. durch Verunglückung, Mord und Selbstmord, und zwar war die Todesursache 136 mal Typhus, 85 mal Lungenentzündung, 67 mal Lungentuberkulose, 50 mal Genickstarre, 43 mal Tuberkulose anderer Organe, 23 mal übertragbare Genickstarre, 13 mal Brustfellentzündung, 9 mal Pleuropneumonie, 8 mal Malaria und Folgezustände, 3 mal Bauchfellentzündung, 54 mal Verunglückung, 8 mal Mord, 54 mal Selbstmord.

Von den 148 202 behandelten Leuten litten 14 157 an Eintagsfieber oder anderen, kurz dauernden, auf Ansteckung beruhenden Fiebern, = 97,0 ‰ K., 850 = 4,12 ‰ K. an Typhus (1902: 4,10 ‰ K.), 1453 = 7,1 ‰ K. an Influenza, 1118 = 5,4 ‰ an Masern, 634 = 3,1 ‰ an Rose, 308 = 1,5 ‰, darunter 217 = 1,02 ‰ an Lungentuberkulose, 4552 = 22,1 ‰ an Malaria, 4504 = 21,8 ‰ an Mumps. Von den 17 596 venerischen Erkrankungen = 85,2 ‰ K. (1902: 91,5 ‰) entfielen 9199 auf Tripper, 5873 auf weichen Schanker und Bubo und 2524 auf Syphilis. Von den größeren Garnisonen hatten den höchsten Zugang an venerischen Krankheiten Messina (252,1 ‰ K.), Bari (238,9 ‰), Neapel (214,4 ‰), Palermo (202,3 ‰): am günstigsten stand Padua mit 43,5 und Cuneo mit 47,6 ‰ K. Es litten ferner an Gelenkrheumatismus 4355 Mann = 21,1 ‰, an Krankheiten des Nervensystems 2194 (darunter 237 an Neurasthenie und Hysterie, 104 an Epilepsie), 10 844 = 52,5 ‰ an Bronchitis, 2126 = 10,3 ‰ an Brustfellentzündung, 1387 = 6,7 ‰ an Lungenentzündung, 2470 = 12,0 ‰ an Krankheiten der Kreislaufsorgane, 12 325 = 59,0 ‰ an Magen-Darmkatarrhen, 738 = 3,0 ‰ an Brüchen, 3411 = 16,5 ‰ an Augenkrankheiten, 2248 = 10,9 ‰ an Krätze, 13 749 = 66,6 ‰ an äußeren Verletzungen.

Die Iststärke der gesamten **englischen** Armee (5) im Jahre 1905 belief sich auf 240 075 Mann einschl. Offiziere. Davon entfielen auf England und Wales 96 406, auf Schottland 4955, auf Irland 22 641, also auf die vereinigten Königreiche zusammen 118 224 Mann. Die folgenden Angaben beziehen sich zunächst nur auf die Gesundheitsverhältnisse dieser Inlandstruppen. Der Krankenzugang in den Lazaretten betrug 53 057 = 448,8 ‰ K., dazu kommen aber noch 48 405 Mann = 409,4 ‰, welche „in barraks“ behandelt sind, eine Einrichtung, welche in diesem Jahre zum ersten Male durchgeführt ist. Der Gesamtzugang hat sich also auf 858,2 ‰ K. gestellt. Gestorben sind 346 Mann = 2,73 ‰ K., wobei zur Iststärke die durchschnittlich 8752 abkommandierten Mannschaften mitgerechnet sind; als Invalide wurden 2314 Mann = 18,22 ‰ K. entlassen. Wegen Einführung der Behandlung „in barraks“ ist der Zugang mit demjenigen der Vorjahre (1904: 5091 ‰) nicht ohne weiteres zu vergleichen; die Zahl der Todesfälle hat gegen 1902 um 0,5 ‰, der Invaliden um 3,11 ‰ abgenommen. Es betrug der Zugang an Scharlach 147 = 1,2 ‰ K., an Masern 291 = 2,4 ‰ (1902: 1,7 ‰), an Influenza 1627, Diphtherie 38, an „enteric fever“ 67 = 0,6 mit 14 Todesfällen, an „other continuet fever“ 100 = 0,8 ‰, Ruhr 48, Mumps 24, Malaria 402, septischen Erkrankungen 55 mit 7 Todesfällen, Tuberkulose 280 = 2,4 ‰ (1904: 2,2) mit 49 Todesfällen, darunter Lungentuberkulose 241 mit 42 Todesfällen. — Von den 10 693 venerischen Erkrankungen = 90,5 ‰ K. entfielen 3234 = 27,4 ‰ auf Syphilis, 5504 = 46,6 ‰ auf Tripper und 1955 = 16,5 ‰ auf weichen Schanker. Von größeren Stand-

orten (mit einer Iststärke zwischen 500 bis 1000 Mann) hatten den höchsten Zugang an venerischen Krankheiten Belford mit 239,8 ‰ und Sheffield mit 219,8 ‰; den niedrigsten Manchester mit 19,9 ‰ K. Von kleineren Standorten (mit weniger als 500 Mann Iststärke) hatten Leeds (bei 198 Mann K.) einen Zugang von 474,7 ‰ K. — An Alkoholismus erkrankten 136 Mann = 1,2 ‰, an Rheumatismus 1610 = 13,6 ‰, an Krankheiten des Nervensystems 628 (darunter 105 an Geisteskrankheiten), der Augen 936, des Zirkulationssystems 1179 = 9,9 ‰, der Atmungsorgane 3515 = 29,8 ‰, darunter Lungenentzündung 413 (gestorben 38), Brustfellentzündung 291, an Krankheiten der Verdauungsorgane 8957 = 75,8 ‰, des Zellgewebes 2167, der Haut 3796, an Verletzungen 7414 = 62,7 ‰. 31 Vergiftungen hatten 3 Todesfälle zur Folge. Die Zahl der Selbstmorde betrug 19 gegen 31 im Jahre 1902. 1658 Operationen wurden im Laufe des Jahres ausgeführt, darunter 322 Radikaloperationen bei Brüchen und 37 Ausschneidungen des Wurmfortsatzes.

Bei den „in barraks" Behandelten handelte es sich u. a. 15 941 mal um Verletzungen, 8006 mal um Verdauungsstörungen. 6779 mal um Hauterkrankungen, 4844 um Affektionen der Atmungswege und 2825 mal um Erkrankungen des Zellgewebes.

Der Krankenzugang und die Todesziffer in den übrigen Teilen der englischen Armee stellte sich im Jahre 1905 folgendermaßen (in ‰ K.):

	Zugang.	Gestorben.
Gibraltar	343,8	2,17
Malta	664,8	8,32
Creta	823,6	4,17
Ägypten	625,8	5,67
Cypern	1252,4	19,42
Canada	259,6	2,99
Bermuta	327,6	4,65
Barbados	1114,8	3,19
Jamaica	793,5	3,62
West-Afrika	1147,1	4,20
St. Helena	627,4	7,60
Süd-Afrika	474,2	5,49
Mauritius	911,6	20,64
Ceylon	655,4	12,26
Süd-China	964,2	4,38
Nord-China	726,0	5,87
Straits-Settlements	991,1	8,87
Indien	833,6	10,38

In der **belgischen** Armee (3) wurden, wie stets, fast alle Kranken dem Lazarett überwiesen, nur ganz leicht Erkrankte verblieben in ihren Kasernenquartieren. Die Iststärke belief sich im Jahre 1905 auf 41 526 Mann; davon entfielen 3101 auf die Gendarmerie, so daß für die Fronttruppen 38 425 verblieben. Auf diese beziehen sich die nachstehenden Angaben. Der Lazarettzugang betrug 16 505 Mann = 429,5 ‰ K. (1904: 457,7 ‰), nach Abzug der Rückfälle und der Simulanten 15 477 = 40,28 ‰ K. (1904: 430,8 ‰). Im Quartier wurden behandelt 24 250 = 631,1 ‰ (637,5 ‰).

Die Zahl der Behandlungstage betrug für jeden Kranken im Lazarett 19,60 (18,64) und im Quartier 2,30 (2,35).

Der durchschnittliche tägliche Krankenstand belief sich im Lazarett auf 886,44 (943,88), im Quartier auf 153,12 (165,85).

Die meisten Zugänge lieferten in diesem Jahre nicht, wie sonst, die Krankheiten der Verdauungsorgane, sondern die Verletzungen, es folgen die Krankheiten der Atmungs-, der Verdauungsorgane, des Zellgewebes und die venerischen Krankheiten. Diese 5 Gruppen machen zusammen 69,59 % (1904: 70,77) aller Erkrankten aus. Es gingen zu mit Typhus 52 = 1,4 ‰ K., Lungenentzündung 113 = 2,9 ‰, Lungentuberkulose 110 = 2,9 ‰, Trachom 14 = 0,4 ‰ und Syphilis 224 = 5,9 ‰ K. Gestorben sind 62 (88) Kranke = 1,6 (2,0) ‰ K. oder 3,8 (4,8) auf 1000 Behandelte. Die Lungentuberkulose weist 21 Todesfälle auf = 0,55 ‰ K., Typhus 11 = 0,28 ‰ K., Lungenentzündung 6 = 0,16, Bauchfellentzündung und epidemische Genickstarre je 4 = 0,10 ‰ K. Außer militärärztlicher Behandlung starben noch 38 (43) Mann, davon 25 (24) in der Kaserne, 13 (13) auf Erholungsurlaub, 0 (6) auf gewöhnlichem Urlaub. Von den 25 (24) in der Kaserne Gestorbenen endeten 16 (19) durch Verunglückung, 7 (5) durch Selbstmord und 2 (0) durch Krankheit.

Aus dem Dienst entlassen wurden 433 Mann einschl. 44 Gendarme (538 einschl. 33) = 10,4 (12,4) ‰ K., davon 300 (389) = 7,2 (9,0) ‰ als dienstunbrauchbar (réformés), 64 (77) = 1,5 (1,8) ‰ als zeitig invalide (pensionnés provisoirement) und 66 (67) = 1,6 (1,5) ‰ als dauernd invalide (pensionnés définitivement).

Von den 22 Standorten blieben 9 (6) frei von Typhuserkrankungen; die meisten Zugänge hatte in diesem Jahre Arlon mit 4 Erkrankungen bei einer Kopfstärke von 471 Mann = 8,5 ‰ K., während 1904, wie auch in den Vorjahren Hasselt mit ebenfalls 4 Erkrankungen bei einer Kopfstärke von 458 Mann = 9,1 ‰ K. den relativ höchsten Zugang aufwies. Antwerpen hatte mit 8317 (8577) Mann Kopfstärke nur 1 Typhuszugang = 0,1 ‰ K., im Vorjahre dagegen 34 = 4,0 ‰ K.

Lungentuberkulose trat am häufigsten auf in Tournay (13 Zugänge = 7,7 ‰ der auf 1689 Mann berechneten Kopfstärke) während 1904, wie auch früher, Beverloo mit 86 Erkrankungen = 32,4 ‰ K. (2656) den höchsten Zugang hatte.

An Syphilis steht in diesem Jahre Brüssel mit 59 Zugängen = 11,1 ‰ K. am höchsten; im Vorjahre Termonde mit 8 Zugängen = 14,8 ‰ K., während Brüssel mit 65 Erkrankungen = 11,4 ‰ K., erst an zweiter Stelle stand.

Zum Schlusse folgt auch diesmal eine tabellarische Übersicht der Größe, des Brustumfanges und des Gewichts der Rekruten bei der Einstellung. Die Durchschnittsgröße der 15 087 Mann betrug 1,66 (1,66) m, der mittlere Brustumfang 84 (84) cm und das durchschnittliche Körpergewicht 59 (60) kg.

Die Iststärke des **dänischen** Heeres (4) belief sich im Jahre 1904 auf 10 092 Mann, davon waren 8059 Gemeine und 2033 Unteroffiziere. Bei den ersteren betrug der Krankenzugang 9496 Mann = 1178 ‰ K.; in den Jahren vorher stellte er sich folgendermaßen: 1903: 1288, 1902: 1360, 1901: 1336, 1900: 1267, 1899: 1574, 1898: 1387 ‰ K. Der tägliche Krankenstand betrug im Jahre 1904: 39,4 ‰. Den höchsten Zugang wies der April mit 138 ‰ K. Zugang auf, den niedrigsten der Dezember mit 51 ‰. Unter den Truppengattungen belief sich der Zugang bei den Ingenieurkorps auf 1324 (1903: 1023) ‰, bei der Artillerie auf 1230 (1138) ‰, bei der Kavallerie auf 990 (1127) ‰ und der Infanterie auf

1245 (1447) ‰ K. — Von den Unteroffizieren gingen im Berichtsjahr 763 Mann zu (1903: 736, 1902: 800) = 377 (365 bis 400) ‰ K. Von einzelnen Krankheiten seien folgende Zugangszahlen gleichzeitig mit den Zahlen für die Vorjahre angeführt:

	Masern	Scharlach	Diphtheritis	Typhus	Genickstarre	Ohrspeichel-drüsen-entzündung	Influenza	Lungen-entzündung	Rose	Rheuma-tismus
1893	85	240	471	48	3	211	—	219	157	106
1894	79	220	297	30	—	466	—	214	142	109
1895	42	92	30	33	4	186	—	143	82	77
1896	20	108	36	55	15	168	—	100	66	112
1897	30	67	49	24	17	284	—	116	122	120
1898	17	27	90	23	16	382	92	139	122	112
1899	50	214	150	22	7	203	397	144	59	122
1900	14	145	125	16	3	96	513	117	64	110
1901	47	49	41	22	8	209	278	86	61	112
1902	35	24	53	4	9	191	189	96	35	115
1903	11	60	35	8	3	231	356	74	27	126
1904	29	31	48	2	2	101	158	81	33	64

Es erkrankten ferner im Jahre 1904 an Tuberkulose der Lunge 66 und anderer Organe 10 Mann; an ersterer starb 1 Kranker. An venerischen Krankheiten wurden 405 Mann behandelt = 40,1 ‰ K. (darunter 20 Unteroffiziere), gegen 362 im Vorjahre und 280 im Jahre 1902. 304 der Erkrankungen entfielen allein auf Kopenhagen. Unter der Gesamtzahl befanden sich 256 Fälle von Tripper, 10 von weichem Schanker und 62 von Syphilis, ferner 18 von Epididymitis, 2 von Tripper-Gelenkentzündung, 9 von Kondylomen, 27 von Balanitis, 2 von Leistendrüsenentzündung, 14 von nicht spezifischen venerischen Geschwüren und 2 von nicht spezifischer Harnröhrenentzündung. Ferner gingen zu mit akutem Bronchialkatarrh 500 Mann, Pleuritis 39, Mandelentzündung 810, Angina phlegmonosa 56, Blinddarmentzündung 20, nicht venerischen Krankheiten des Uro-Genitalsystems 55, Krankheiten der Augen 85, der Ohren und der Nase 131 bzw. 33, der äußeren Bedeckungen 716 (darunter Krätze 100), der Bewegungsorgane 1214, Verletzungen 812. Gestorben sind im ganzen 16 Mann und 8 Unteroffiziere. 140 größere Operationen wurden in den Lazaretten ausgeführt. — Der erste Teil des Berichtes enthält eine Übersicht über die Rekrutierungsergebnisse des Jahres 1904.

Während der eigentliche Sanitätsbericht über die **niederländische** Inlandsarmee (8) für das Jahr 1903 erst in diesem Berichtsjahr erschienen ist, ist der internationale Anhang bereits im Jahre 1904 zur Ausgabe gelangt. Diesem sind die nachstehenden Angaben entnommen.

Bei einer Kopfstärke von 28 357 Mann (ausschl. Offiziere) sind 37 497 Kranke = 1321 ‰ K. in Zugang gekommen, davon 20 013 = 676 ‰ K. in Lazarettbehandlung, während die anderen 17 484 in ihren Quartieren behandelt wurden. Von dem Krankenzugang sind 66 Mann = 1,7 ‰ K. gestorben, außerdem noch 4 Mann durch Selbstmord und 5 durch Verunglückung, so daß die Gesamtzahl der Todesfälle 75 beträgt.

Auf jeden Mann der Iststärke kamen 9,7, auf jeden Kranken 13,7 Behandlungstage. Sieht man von den nur wenige hundert Mann umfassenden Spezialtruppen ab, so sind von den größeren Truppengattungen, wie im Vorjahre, die meisten Erkrankungen bei der Kavallerie vorgekommen (1768,5 ‰), es folgt die Festungsartillerie mit 1370,1 ‰, die Infanterie mit 1317,02 ‰ und die Feldartillerie mit 794,7 ‰ K. Nach Jahreszeiten weist das 4. Vierteljahr mit 173,09 ‰ K. den höchsten Zugang auf, dann das 1. mit 144,8 ‰, das 3. mit 114,1 ‰, am wenigsten (105,2 ‰) sind im 2. Quartal erkrankt.

Unter den 9 Standorten mit mehr als 1000 Mann Iststärke stand Leyden mit 1449 ‰ K. Erkrankungen an der Spitze, Amsterdam mit 722 ‰ am besten. Auch hinsichtlich der Mortalität hatte Leyden mit 3,4 ‰ Todesfällen die ungünstigsten Verhältnisse aufzuweisen, während in Bois le Duc überhaupt kein Todesfall vorgekommen ist; demnächst weist La Haye mit 0,8 ‰ die niedrigste Mortalität auf. — Der Krankenzugang an Bronchialkatarrh betrug 2280 Mann = 80,4 ‰ K., an Malaria 212 = 7,4 ‰, an Influenza 560 = 19,7 ‰, an Masern 23 = 0,81 ‰, an Scharlach 37 = 1,3 ‰, an Mumps 20 = 0,71 ‰, an Lungenentzündung 139 = 4,9 ‰ mit 9 Todesfällen, an Gelenkrheumatismus 328 = 11,5 ‰, an Tuberkulose der Lungen 171 = 6,0 ‰ mit 17 Todesfällen, anderer Organe 27 = 0,95 ‰ mit 1 Todesfall, an Ohrenkrankheiten 563 = 19,8 ‰, an Augenkrankheiten 984 = 34,7 ‰, an Hautkrankheiten 4820 = 170,1 ‰, an Tripper 571 = 20,1 ‰, an Syphilis 156 = 5,5 ‰. Von 21 Typhuskranken = 0,74 ‰ K. sind 5 gestorben.

Die Beilagen zur „Statistisch Oversicht“ enthalten eine Operationsliste, eine Übersicht über Impfresultate, eine kasuistische Mitteilung über eine Augenverletzung durch Schuß und den Bericht über die Tätigkeit des bakteriologischen Laboratoriums.

Über die **spanische** Armee (14, 15) ist im Jahre 1905 zum ersten Male ein selbständiger Sanitätsbericht in Form der internationalen Anhänge erschienen, und zwar für das Jahr 1903, dem im laufenden Berichtsjahre derjenige für 1904 gefolgt ist. Da über ersteren an dieser Stelle noch nicht referiert ist, seien im folgenden die beiden Berichte berücksichtigt. Sie bringen zunächst eine Übersicht über die Lazarettzugänge und Todesfälle durch Krankheiten in den Jahren 1894 bis 1904; es betrug hiernach (auf 1000 Mann der Kopfstärke berechnet):

	der Lazarettzugang	die Sterbeziffer		der Lazarettzugang	die Sterbeziffer
1894 . . .	491	8,41	1900 . . .	407	8,64
1895 . . .	538	10,47	1901 . . .	426	6,89
1896 . . .	595	15,67	1902 . . .	411	5,65
1897 . . .	483	8,63	1903 . . .	371	3,93
1898 . . .	525	10,14	1904 . . .	379	4,87
1899 . . .	490	14,21			

Die Iststärke belief sich im Jahre 1903 (1904) auf 76 253 (85 770) Mann. Der Gesamtzugang betrug 74 867 (855 000) = 981,8 (996,8) ‰ K., davon kamen 28 296 (32 556) = 371,0 (379,5) ‰ K. ins Lazarett, während die übrigen in den Quartieren behandelt wurden — Revierstuben in unserem Sinne gibt es in der spanischen Armee nicht. Von dem Krankenzugang starben 300 (418) = 3,93 (4,87) ‰ K., außerdem noch 15 (14) Mann = 0,19 (0,16) ‰ K. durch Verunglückung und 15 (12) durch Selbst-

mord = 0,19 (0,14), so daß die Gesamtzahl der Todesfälle 330 (444) = 4,31 (5,17) ‰ K. betrug.

Auf jeden Mann der Kopfstärke kamen 10,5 (10,5), auf jeden Kranken 26,8 (26,3) Behandlungstage (im Lazarett). Sieht man von den Truppengattungen mit kleineren Kopfstärken ab, so hatte in beiden Jahren die Kavallerie mit 1045,7 (1244,6) ‰ K. den höchsten Krankenzugang; letzterer betrug im Ingenieurkorps 987,9 (1071,8) ‰, bei der Artillerie 925,3 (965,2) ‰ und bei der Infanterie 997,5 (941,1) ‰ K. Unter den Monaten stand der März mit einem Zugang von 118,7 (118,6) ‰ in beiden Jahren am ungünstigsten; im Jahre 1903 der November mit 70,9 ‰, im Jahre 1904 der Juli mit 72,2 ‰ am günstigsten. Von den 25 Standorten mit mehr als 1000 Mann Iststärke hatte im Jahre 1904 Melilla (Afrika) mit 1676,5 ‰ K. die meisten Erkrankungen; sodann Valladolid (1374,5 ‰), Ceuta (1241,6 ‰), Madrid (1153,1 ‰), Zaragoza (1148,5 ‰); die niedrigsten Erkrankungsziffern werden für Malaga (519,2 ‰), Palma (Mallorca — 639,8 ‰), San Sebastian (641,8 ‰), Badajoz (651,2 ‰) und Cordoba (691,0 ‰) verzeichnet. Die Mortalität war am höchsten in Zaragoza (14,92 ‰ K. Todesfälle) und Melilla (12,29 ‰), am niedrigsten in San Sebastian (1,64 ‰) und Santa Cruz de Tenerife (1,74 ‰). Im Vorjahre 1903 hatten den höchsten Krankenzugang Valladolid (1979,6 ‰), Sevilla (1148,1 ‰), Valencia (1082,3 ‰), Granada (1075,3 ‰), Logroño (1071,7 ‰), den niedrigsten Cordoba (586,3 ‰), Malaga (644,8 ‰), Badajoz (650,4 ‰). Die meisten Sterbefälle wiesen im Jahre 1903 auf: Barcelona (9,2 ‰), Cordoba (7,0 ‰) und Madrid (6,7 ‰), die wenigsten Cartagena (0,0), Granada (1,9 ‰) und Valencia (2,1 ‰). Von einzelnen Krankheiten sind 1903 (1904) u. a. vorgekommen: Bronchialkatarrh 2073 (2802 Zugänge = 27,18 (32,66) ‰ K., Ruhr 21 (11) = 0,27 (0,12) ‰, Typhus 199 (414) = 2,60 (4,82) ‰ mit 56 (117) Todesfällen, Masern 470 (496) = 6,16 (5,78) ‰ [gestorben 6 (9)], Scharlach 33 (7) = 0,43 (0,08) ‰, Rose 326 (322) = 4,27 (3,75) ‰, Malaria 1094 (1907) = 14,34 (23,05) ‰, Rückfallfieber 28 (92) = 0,36 (1,07) ‰, Mumps 33 (653) = 4,34 (7,61) ‰, Gelenkrheumatismus 1277 (1398) = 16,74 (16,29) ‰, Brustfellentzündung 179 (175) = 2,34 (2,04) ‰, Lungenentzündung 281 (225) = 3,68 (2,62) ‰ [gestorben 12 (15)], Tuberkulose der Lungen 652 (620) = 8,55 (7,22) ‰ [gestorben 55 (72)], anderer Organe 28 (23) = 0,36 (0,26) ‰ [gestorben 4 (3)], Fleckfieber 3 (2) [gestorben 1 (2)], Pocken 88 (64) = 1,15 (0,74) ‰, Krankheiten der Ohren 345 (366) = 4,52 (4,26) ‰, der Augen 886 (989) = 11,61 (11,53) ‰, der Haut 3851 (4350) = 50,50 (50,71) ‰. Von 4833 (5330) venerischen Erkrankungen = 63,37 (62,13) ‰ K. betrafen 1803 (1977) = 23,64 (23,05) ‰ Tripper, 2102 (2458) = 27,56 (28,65) ‰ weichen Schanker und nur 928 (895) = 12,17 (10,43) ‰ Syphilis. Als dienstunbrauchbar wurden 2750 (3256) = 36,0 (37,93) ‰ K. entlassen.

Den Berichten sind eine große Anzahl graphischer Darstellungen beigegeben, welche den Inhalt der Tabellen sehr anschaulich darstellen, zum Schluß auch eine vergleichende Tafel über den Krankenzugang und die Sterblichkeit in den verschiedenen Heeren Europas und der Vereinigten Staaten.

Unter Benutzung der für die internationale Militär-Sanitätsstatistik vorgesehenen Tabellen hat die **serbische** Armee (13) zum ersten Male Mitteilungen über ihren Gesundheitszustand veröffentlicht. Der Bericht ist schon 1905 erschienen, aber bisher an dieser Stelle noch nicht referiert.

Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 1903. Die Iststärke betrug 28 260 Mann, der Gesamtkrankenzugang 27 447 = 971,2 °/₀₀ K., davon waren 14 310 Lazarettkranke = 506,3 °/₀₀ K. An Krankheiten sind gestorben 224 = 7,9 °/₀₀ K., ferner 1 durch Selbstmord und 5 durch Verunglückung, so daß die Gesamtzahl der Todesfälle 230 betrug. Von den Truppengattungen hatte die Infanterie einen Krankenzugang (Mortalität) von 1095,0 (8,4) °/₀₀, die Kavallerie von 600,0 (7,2) °/₀₀, die Feldartillerie von 756,4 (9,8) °/₀₀, die Festungsartillerie von 828,5 (2,7) °/₀₀, das Gardekorps von 810,7 (4,8) °/₀₀, der Train von 605,7 (6,4) °/₀₀ und das Sanitätspersonal von 575,4 (8,8) °/₀₀ K. Von den Monaten standen der Juni und August mit 101,2 bzw. 100,0 °/₀₀ K. Zugang am ungünstigsten, der April und März mit 52,9 und 60,3 °/₀₀ am günstigsten. Die Zahl einzelner Erkrankungen stellte sich folgendermaßen: Bronchialkatarrh auf 3276 = 115,9 °/₀₀ K., Ruhr 226 = 8,00 °/₀₀ (gestorben 11), Rose 245 = 8,6 °/₀₀ (gestorben 3), Malaria 2085 = 73,7 °/₀₀, Influenza 1281 = 45,3 °/₀₀, übertragbare Genickstarre 21 = 0,74 °/₀₀ (gestorben 12), Masern 567 = 20,0 °/₀₀ (gestorben 29), Scharlach 45 = 1,5 °/₀₀ (gestorben 2), Diphtherie 7 = 0,24 °/₀₀, Mumps 1098 = 38,9 °/₀₀, Typhus 130 = 4,6 °/₀₀ (gestorben 26), Pocken 3 (gestorben 2), Lungenentzündung 1113 = 39,3 °/₀₀ (gestorben 80), Gelenkrheumatismus 1108 = 39,2 °/₀₀, Tuberkulose der Lungen 66 = 2,3 °/₀₀ (gestorben 22), anderer Organe 30 = 1,06 °/₀₀ (gestorben 1), Krankheiten der Ohren 434 = 15,3 °/₀₀, der Augen 484 = 16,8 °/₀₀, der Haut 4183 = 147,8 °/₀₀, Tripper 1118 = 39,5 °/₀₀, Syphilis 187 = 6,5 °/₀₀. (Ulcus molle ist nicht verzeichnet.)

Die Iststärke der **nordamerikanischen** Armee (16) belief sich im Jahre 1905 auf 56 091 Mann, davon entfielen auf die Vereinigten Staaten 42 834, Alaska 854, die Division auf den Philippinen 11 057, China 110, Hawai 176 und Truppentransporte 1870 Mann. Von den Mannschaften waren 53 573 Weiße und 3328 Farbige. Der Gesamtzugang betrug 73 742 Kranke = 1295,97 °/₀₀ K., davon wurden 53 742 = 936,98 °/₀₀ in Lazaretten behandelt. In den Vereinigten Staaten betrug der Zugang 1250,29 °/₀₀, in Alaska 944,97 °/₀₀ und auf den Philippinen 1599,72 °/₀₀ K. Gestorben sind 368 Kranke = 6,28 °/₀₀ K., und zwar in den Vereinigten Staaten 6,14, in Alaska 9,37, auf den Philippinen 8,14 °/₀₀ K. Den höchsten Zugang unter den Truppengattungen wies — außer der Rubrik „andere Truppenteile“ mit 1556,50 °/₀₀ — die Feldartillerie auf mit 1469,66 °/₀₀, den niedrigsten die Ordonnanztruppe mit 803,71 °/₀₀ K. Von den Monaten stand in der Gesamtarmee der August mit 125,27 °/₀₀ K. am ungünstigsten, der Juni mit 98,40 °/₀₀ K. am günstigsten. Es gingen zu in der Gesamtarmee (darunter in den Vereinigten Staaten ohne Alaska — auf den Philippinen) mit: Erkrankungen an Alkoholismus 1578 (1211 — 309) = 27,73 (28,27 — 27,95) °/₀₀ K., akutem Bronchialkatarrh 2925 (2539 — 268) = 51,40 (59,28 — 24,24) °/₀₀, Diphtherie und Krupp 34 (33 — 1) = 0,60 (0,77 — 0,09) °/₀₀, Ruhr 964 (224 — 704) = 16,93 (5,23 — 63,67) °/₀₀ mit 12 (4 — 7) Todesfällen, Malaria intermittens 4603 (1797 — 2599) = 80,89 (41,95 — 235,05) °/₀₀, Influenza 1696 (1685 — 1) = 29,80 (39,34 — 0,09) °/₀₀, übertragbarer Genickstarre 10 (10 — 0) = 0,18 (0,23 — 0,0) °/₀₀, Masern 297 (228 — 30) = 5,22 (5,32 — 2,71) °/₀₀, Ohrspeicheldrüsenentzündung 675 (632 — 27) = 11,86 (14,75 — 2,44) °/₀₀, Brustfellentzündung 164 (133 — 26) = 2,88 (3,11 — 2,35) °/₀₀, Lungenentzündung 154 (139 — 10) = 2,71 (3,25 — 0,90) °/₀₀, Gelenkrheumatismus 943 (787 — 125) = 16,57 (18,37 — 11,30) °/₀₀, Scharlach 8 (8 — 0) = 0,14 (0,19 — 0,0) °/₀₀, Tuber-

kulose der Lungen 240 (175 — 57) = 4,22 (4,09 — 5,16) ‰ mit 33 (32 — 0) Todesfällen, anderer Organe 40 (27 — 7) = 0,71 (0,63 — 0,63) ‰ mit 7 (5 — 2) Todesfällen, Typhus 193 (153 — 31) = 3,39 (3,57 — 2,80) ‰ mit 17 (13 — 3) Todesfällen, Krankheiten der Ohren 536 (386 — 129) = 9,42 (9,01 — 11,67) ‰, der Augen 1185 (960 — 197) = 20,83 (22,41 — 17,82) ‰ K. Von 11 319 (7609 — 3352) venerischen Krankheiten = 198,92 (177,62 — 303,16) ‰ K. waren 7471 (5021 — 2218) Tripper = 131,30 (117,21 — 200,60) ‰, 1894 (1302 — 524) weicher Schanker = 33,28 (30,39 — 47,39) ‰ und 1954 (1286 — 610) Syphilis = 34,34 (30,02 — 55,17) ‰ K. Von den 368 Todesfällen entfallen 206 = 3,52 ‰ K. auf Krankheiten, 131 = 2,23 ‰ K. auf Verunglückungen und 31 = 0,53 ‰ K. auf Selbstmorde. Es wurden entlassen wegen körperlicher Gebrechen, die schon bei der Einstellung bestanden, 642 Mann = 10,96 ‰, wegen solcher, die im Dienst entstanden waren 578 = 9,87 ‰ und wegen solcher, die nicht im Dienst entstanden waren 244 = 4,17 ‰, zusammen also 1464 = 25,00 ‰ K. — Der Sanitätsbericht enthält außerdem Angaben über den Etat des Militär-Sanitätswesens, über Organisation, Rekrutierung, sowie genaue Berichte über den Gesundheitszustand auf den einzelnen Stationen der Armee. Schwiening.

2. Sonstige Medizinalstatistische Arbeiten.

1) v. Arx. Ein Wort zur Vereinfachung des Sanitätsrapport- und Kontrollwesens. Sch. M. f. O. a. W., Nr. 2 und 3. — 2) Bruinsma, G. W. Tœname in lichnamsbouw der mannelyke bevolking van Nederlande. Weekblad, S. 1495. — 3) Koller. Zur Vereinfachung unseres (schweiz.) Sanitätsrapportwesens. Sch. M. f. O. a. W., Nr. 6. — 4) Myrdacz, Paul. Statistischer Sanitätsbericht über das k. und k. Heer für die Jahre 1894 bis 1903. Organe der Militärwissenschaftlichen Vereine. 73. Bd., 1. und 2. Heft. — 5) Derselbe. Die chirurgisch-operative Tätigkeit der k. und k. Militärheilanstalten in den Jahren 1894 bis 1904. M. A., Nr. 13 und 14. — 6) Schulthess, Hermann. Die Herzkrankheiten bei der Aushebung und Ausmusterung der schweizerischen Armee in den Jahren 1875 bis 1903. Eine statistische Studie. Zeitschr. für Schweiz. Stat., 42. Jahrg. Bespr. D. m. Z. 1906, S. 600.

(1) Divisionsarzt Oberstleutnant v. Arx bespricht vom Standpunkte des Truppenarztes die in der schweizerischen Armee geltende, noch aus dem Jahre 1889 stammende Instruktion für das Sanitätsrapportwesen. Dieses ist so kompliziert, daß es im Kriege gewiß versagen wird. A. verlangt, daß das ganze Rapportwesen auf den Kriegsfall zugeschnitten und auch im Friedensinstruktionsdienst so geübt werden solle. Der Sanitätsoffizier hätte in erster Linie Militärarzt, erst in letzter Linie Sekretär zu sein.

(3) Sanitätshauptmann Koller schließt sich im allgemeinen der oben skizzierten Anschauung v. Arx' an und behauptet, daß das Rapportwesen wegen seiner Schwerfälligkeit schon im Frieden nicht entspricht. So können im Manöver schon wegen Zeitmangels, z. B. nicht alle Fußkranken ausgewiesen werden, wie es nach der Vorschrift sein sollte. Die Eingetragenen werden aber als Grundlage einer Statistik benützt, die dann selbstverständlich falsch ist.

(4) Myrdacz veröffentlicht im Verfolg seiner früheren sanitätsstatistischen Arbeiten über das k. und k. Heer für die Jahre 1870 bis 1882 und 1883 bis 1893 eine gedrängte Übersicht der sanitätsstatistischen Daten für das Dezennium 1894 bis 1903.

(5) Derselbe Verfasser faßt für den elfjährigen Zeitraum 1894 bis 1904 die Daten der Tabellen XIV aus der jährlichen „Statistik der Sanitätsverhältnisse usw." übersichtlich zusammen. Joh. Steiner.

(2) Bruinsma weist nach, daß die niederländische männliche Bevölkerung im Laufe der letzten Jahrzehnte nicht unbedeutend an Körpergröße zugenommen hat. So betrug die durchschnittliche Größe der untersuchten 19jährigen jungen Männer

1863/67: 164,1 cm,
1902/04: 167,1 „

Von 100 Gemessenen entfielen auf die Größe von

	1863/67	1903/04
unter 155 cm . . .	11,09	2,26
155 bis 159 „ . . .	14,45	6,68
160 „ 169 „ . . .	50,46	48,32
170 cm und mehr . .	24,00	42,73

Auch die Messungen an den verschiedenen Jahrgängen der Kadettenschule zu Alkmaar beweisen, daß auch schon die jugendlichen Kadetten im Alter von 15 bis 18 Jahren in der letzten Zeit erheblich größer sind, als vor 30 Jahren, und zwar ist hier die Verschiebung zugunsten der höheren Körpergrößen noch bedeutender, als bei den untersuchten Milizmannschaften. Auch eine Zunahme des Kopfumfanges und der Fußlänge glaubt Bruinsma annehmen zu sollen; während nämlich von den Schakos mit einem mittleren Umfang von 55,5 cm in den Jahren 1893/94 durchschnittlich 64½ Stück zur Verausgabung gelangten, war das 1901/05 nur 57 mal der Fall. Auch für die anderen Kopfbedeckungen (Kolbak's, talpa's) ist das gleiche Verhalten nachweisbar. Und von 1000 Paar zur Verausgabung gelangten Schuhen hatten eine Länge von

	bis 29 cm	29 cm	über 29 cm
1883/85 . . .	432	277	291
1901/05 . . .	303	335	362

Bruinsma glaubt, daß Verbesserungen der Ernährungsweise und sonstiger hygienischer Verhältnisse, unter welchen die Kinder aufwachsen, zu dieser Zunahme der Körpergröße beigetragen haben.

Bearbeiter des Abschnitts VII: Schwiening.

VIII. Biographisches.

1) Marine-Generalarzt Davids †. D. m. Z. 1906, S. 31. — 2) Friedheim. Generaloberarzt Prof. Dr. Krocker †. D. m. Z. 1906, Nr. 10. — 3) Steiner, Joh. Generaloberarzt Prof. Dr. Krocker. Nachruf M. A. 1906, Nr. 21 u. 22. — 4) Marine-Generalarzt Dammann. D. m. Z. 1906, S. 254. — 5) Generalarzt Sußdorf. D. m. Z. 1906, S. 650. — 6) Generalarzt z. D. Appel. D. m. Z. 1906, S. 699.

Gedruckt in der Königlichen Hofbuchdruckerei von
E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstr. 68—71